OVER DE PSYCHOLOGIE VAN DEMENTIA PRAECOX

EEN HISTORIES, KRIETIES EN EXPERIMENTEEL ONDERZOEK

D. WIERSMA

OVER DE PSYCHOLOGIE VAN :: DEMENTIA PRAECOX ::

Lane Medical Library

OVER DE PSYCHOLOGIE VAN DEMENTIA PRAECOX

EEN HISTORIES, KRIETIES EN EXPERIMENTEEL ONDERZOEK

PROEFSCHRIFT TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE GRONINGEN, OP GEZAG VAN DE RECTOR-MAGNIFICUS DR. I. B. COHEN, HOOGLERAAR IN DE FACULTEIT DER RECHTSGELEERDHEID, TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN OP DINSDAG 26 JUNIE 1923, DES NAMIDDAGS TE 4 UUR

DOOR

DIRK WIERSMA,
GEBOREN TE GRONINGEN

M. DE WAAL — 1923 — GRONINGEN

Het is mij een werkelike behoefte, reeds tans, nu door onvoorziene omstandigheden dit proefschrift verschijnt vóór de volledige beëindiging van mijn studie, U Hoogleraren, Oudhoogleraar en Docenten der Wis- en Natuurkundige en der Geneeskundige Faculteit, dank te zeggen voor het veel omvattende en ontwikkelende onderwijs, dat ik van U mocht ontvangen.

Het feit, dat mijn promotor tevens mijn Vader is, stemt mij gelukkig. Uitdrukken, wat ik aan hem, niet alleen door zijn onderwijs, maar nog veel meer door de voorlichting bij mijn studie, de gesprekken over wetenschap en over taak en roeping van de medicus, waarvan ik voortdurend mocht profiteren, te danken heb, ik zou het niet kunnen. Om de nauwe betrekking, die er tussen ons bestaat, heb ik er de voorkeur aan gegeven dit proefschrift geheel zelfstandig te bewerken, maar dat ik mij hieraan kon wagen, is slechts het gevolg van de jarenlange voorbereiding op psycho-pathologies gebied, die mij ten deel viel.

Dat ik mij mede tot Uw leerlingen, Hooggeleerde HEYMANS, rekenen mag, beschouw ik als een groot voorrecht. Wie Uw lessen volgde, wie aan een colloquium onder Uw leiding deelnemen mocht, kreeg een wijsgerige scholing, die aan alle later werk, wetenschappelik of in het praktiese leven, een eigen karakter verlenen kan. De welwillende wijze, waarop gij mij het materiaal der Herediteitsenquête ter beschikking steldet, materiaal voor mijn onderzoek onvervangbaar, kan ik niet genoeg waarderen.

Ook de Heren KAZEMIER en WORIES, die mij met de hun eigen bekwaamheid en welwillendheid de techniese moeilikheden hielpen overwinnen, die het schrijven van dit proefschrift meebracht, hebben aanspraak op mijn welgemeende dank.

AAN MIJN OUDERS.

βλέπομεν γὰρ ἄρτι δι' ἐσόπτρου ἐν αἰνίγματι.

1 Cor. 13 : 12.

HOOFDSTUK I.

INLEIDING.

Si duo faciunt idem non est idem: Wanneer twee over Dementia praecox schrijven, is het niet hetzelfde. Deze uitspraak geldt in nog hogere mate, omdat behalve de persoonlike verschillen, die de arbeid van onderscheidene schrijvers over hetzelfde onderwerp tot zeer verschillende dingen maken, de opvattingen over de quaesties, die zich bij dit onderwerp voordoen, nog zeer sterk uiteenlopen. Niet alleen hebben de meningen in de loop der tijden ten aanzien van deze ziekte zeer sterke wisselingen vertoond, ook tegenwoordig nog verschillen zij zoveel van elkander, dat er nauweliks een ander ziektebeeld in de Psychiatrie te noemen is, waarover zo weinig eensgezindheid is verkregen.

Het is misschien zelfs wel wat gewaagd de benaming: „Ziektebeeld" op de Dementia praecox toe te passen, daar dit woord de gedachte opwekt aan een zoal niet aetiologies goed gefundeerde, dan toch klienies scherp afgegrensde combinatie van ziekteverschijnselen, waarvan men met goed recht beweren kan dat zij een eenheid vormen, die niet in bepaalde groepen te splitsen is. Zover is men met de Dementia praecox evenwel nog geenszins gevorderd. Een scherpe grens met andere ziektebeelden heeft men wel van de aanvang af trachten te trekken, maar niemand is er nog in geslaagd een algemeen ingang vindend criterium aan te geven, om zeker te kunnen zeggen in welke gevallen wij met Dementia praecox te doen hebben, in welke gevallen echter met paranoia, manies-depressieve psychose, hysterie, psychastenie, abnormale karakters, ontwikkelingsstoornissen in het intellect, epilepsie, alkoholpsychose of misschien nog iets anders.

Aan de andere kant is het ook nog allerminst zeker, dat wij, sprekende over Dementia praecox, met een eenheid te doen hebben, zodat dan ook de meeste schrijvers de mogelikheid, of zelfs de waarschijnlikheid onderstellen, dat verschillende ziektebeelden, welke wij voorshands nog niet duidelik van elkander onderscheiden kunnen, tegenwoordig onder die naam verenigd worden. Aan pogingen om de Dementia praecox in een groter of kleiner aantal ziektebeelden te splitsen of om altans bepaalde groepen van gevallen uit het grote verband te lichten, en bij andere reeds bekende ziektebeelden onder te brengen, of zelfstandig te behandelen, terwijl dan een kern van zekere praecoxgevallen zou overblijven, heeft het dan ook niet ontbroken. Het succes van deze pogingen is verschillend geweest; over het algemeen is echter ook hier geen criterium gevonden, bruikbaar om een goede splitsing te bewerkstelligen: daarvoor bestaat er een te geleidelike overgang tussen de verschillende vormen, waaronder de Dementia praecox kan verschijnen.

Wanneer wij dus een inzicht willen trachten te verkrijgen in de Psychologie van Dementia praecox, dan dienen wij ons van te voren rekenschap te geven van wat wij met zekerheid hiertoe moeten rekenen. Het is daarom doelmatig na te gaan, hoe de hiestoriese ontwikkeling van het begrip Dementia praecox geweest is en te trachten ons een oordeel te vormen, welke symptomen altijd beschouwd zijn als zeker of met grote waarschijnlikheid wijzende op deze ziekte.

Het min of meer algemeene begrip: Dementia praecox, zoals wij dat tegenwoordig nog ongeveer kennen, is afkomstig van Kraepelin [1]), die het in 1896 opstelde. Hiermee legde hij evenwel de laatste hand aan een werk, dat reeds veel vroeger aangevangen was: het langzamerhand scheiden van reeds bekende ziektebeelden, van een aantal gevallen, die daarin niet pasten, en daarom in een drietal afzonderlike groepen werden geplaatst. Het was Kraepelin, die deze groepen onder de naam Dementia

---

[1]) Lehrbuch.

praecox — welke echter reeds van veel oudere, Franse oorsprong en voor soortgelijke, echter niet nauwkeurig bekende ziektegevallen gebruikt was — verenigde.

Over het algemeen echter werden deze ziektegevallen, die tegenwoordig onder de naam Dementia praecox beschreven zouden worden, in het midden van de vorige eeuw niet onderscheiden van manie, melancholie, paranoia. Sommige gevallen van deze ziekten schenen van andere te verschillen, doordat de lijders dement, altans geheel afgestompt en onverschillig werden, zonder dat van te voren veel gronden voor deze ongunstige prognose waren te vinden. Men sprak van een secundaire dementie, die min of meer op zich zelf staande bij de primaire manie, melancholie of paranoia optrad. Ook toen later het ziektebeeld der neurasthenie was beschreven, vond men hierin al spoedig gevallen met een even ongunstige prognose: waarbij dus schijnbaar ook een secundaire dementie het eerst eenvoudige neurastheniegeval compliceren kwam.

Beschouwde men in die tijden deze gevallen als op biezonder ongunstige wijze verlopende gevallen van dezelfde ziekten, in 1871 scheidde Hecker een aantal ervan af, om ze als een afzonderlik ziektebeeld: de Hebephrenie te beschrijven. De eerste verschijnselen waren dikwels die van neurasthenie: vermoeidheid, slapeloosheid, gebrek aan concentratievermogen bij het werk, ook wel hoofdpijn en andere, lichte lichamelike lasten. Andere malen begon het met een melancholiese aanval met sterke depressie, remming, zondewaandenkbeelden en vooral hypochondriese waandenkbeelden, hallucinaties en soms angst. Minder algemeen zette de ziekte met een maniakale bui in, in het verdere verloop kon deze nog al eens optreden. Alle symptomen hadden iets zonderlings, iets karikatuurachtigs, de waandenkbeelden waren dikwijls zeer avontuurlik, de hallucinaties hoogst gecompliceerd en werden vaak in het lichaam van de lijder gelocaliseerd, (stemmen in het oor, de buik, de borst. Al langzamerhand kwam er een steeds grotere lusteloosheid, een afstomping voor de indrukken uit de buitenwereld, een uiteenvallen

van het bewustzijnsleven, een steeds sterkere dementie tot stand. Meest langzaam en slepend beginnend, soms subacuut, zelden plotseling, kon de ziekte langzamer en sneller verlopen, staan blijven op een bepaalde hoogte, meest met reeds duidelik aantoonbare dementie, maar ook met of zonder onderbrekingen steeds voortschrijden tot niet meer dan een jammerlike ruïne van de persoonlikheid overbleef. Vergaande remissies of intermissies kwamen weinig voor, nog zeldzamer waren blijvende genezingen.

De betekenis van dit werk van Hecker lag in het afscheiden van de neurasthenie en de manies-depressieve psychose van een aantal gevallen op grond van het wonderlike en absurde der ziekteverschijnselen en vooral van de afstomping en 't uiteenvallen der persoonlikheid, die hij als dementie opvatte. Hecker sprak niet meer van een complicerende, secundaire dementie, maar vatte de dement wordende gevallen onder de naam Hebephremie te zamen.

Een soortgelijk werk deed Kahlbaum in 1874, toen hij onder de naam Katatonie een aantal gevallen verenigde, die voor 't grootste deel vroeger tot de melancholie en manie, voor een kleiner deel misschien ook tot de hysterie gerekend waren, voor een deel ook niet bij een bepaalde ziekte onder te brengen waren. De ziekte begon met een melancholiese aanval: depressie, remming, angst, zondewaan, hallucinaties, ook hier weer van enigszins zonderlinge, ja absurde aard. Daarop volgde een maniakale bui: opgewondenheid, meer dan echte, frisse vrolikheid, bewegingsdrang, gedachtenvlucht, maar zonderling en soms abrupt onderbroken, grootheidswaandenkbeelden en ook wel hallucinaties. Een stupor vormde het derde stadium: stijf en strak lagen de patienten in bed; mutisme, voedselweigering, katalepsie en negativisme hoorden tot de gewone symptomen; hallucinaties in massa en gedachtenvlucht bleken bij retrospectie nog vaak voor te komen. Het laatste stadium is dat van dementie: afstomping weer voornamelik en uiteenvallen der persoonlikheid. Het begin van de ziekte was acuut of subacuut, soms ook begon

het meer slepend, terwijl het latere verloop wel in hoofdzaak progressief was, maar toch dikwels genoeg stilstanden, remissies en nagenoeg volledige intermissies, ja zelfs langdurige of blijvende genezingen, met bijna geheel herstelde persoonlikheid voorkwamen. Toch vertoonden de meeste gevallen niet een zo gunstig verloop, maar bleef meestal een totaal afgestompt en uiteengevallen individu over, of een nog wel maatschappelik, maar toch zonderling, grillig en gesloten karakter, alleen tot lagere werkzaamheden in staat.

Reeds Kahlbaum erkende — en later is meer daarop de nadruk gelegd — dat het verloop niet zo typies hoefde te zijn, als dat uit zijn beschrijving te volgen scheen. Een inleidende melancholiese aanval kon ontbreken, soms zich vertonen na een maniakaal begin, of onmiddellik door een stupor gevolgd worden. De stupor kon zich in het verloop der ziekte meerdere malen herhalen, evenzo de maníakale periode; soms konden beide elkander gedurende een lang tijdperk afwisselen, soms nog weer met een min of meer melancholiese bui er tussen door; het laatste stadium was echter altijd dat van een min of meer gevorderde, ietwat zonderlinge en grillige afstomping of dementie.

Het karakteristieke van de katatonie — waarom Kahlbaum ze afscheidde van de manie, melancholie, etc. — was gelegen vooreerst in de groep der zogenaamde katatone symptomen: katalepsie, flexibilitas cerea, automaties uitvoeren van bevelen ter eener zijde, ter anderer negativisme, de later gevonden versperring, het zonderling afbreken en heel anders weer opvatten van de gedachtengang, manieren, stereotypieën etc., welke groep Kahlbaum hield voor pathognomonies, maar die later ook bij andere ziekten gezien is, en verder in de karakteristieke „dementie", veel lijkend op die van hebephrenen.

Jarenlang bleven deze beide ziektebeelden: Hebephrenie en Katatonie, op zich zelf naast elkander staan, totdat in de 90er jaren Kraepelin weer met een nieuw ziektebeeld voor den dag kwam, dat hij afscheidde van de paranoia. Ook deze ziekte — hoewel nooit de gunstige prognose van manie en melancholie,

neurasthenie of hysterie hebbend — verliep volgens de toen geldende opvattingen soms zonder dat zelfs op den langen duur iets van dementie te bespeuren viel, soms echter met een complicerende secundaire dementie. De laatste gevallen nu, die zich bovendien kenmerkten door een minder volledige systematisering der waandenkbeelden, door het soms zeer avontuurlike en ietwat absurde karakter ervan, terwijl zij elkander onderling soms min of meer tegenspraken, door het voorkomen eindelik van zeer talrijke, zonderlinge en zonderling gelocaliseerde hallucinaties, vooral op het gebied van gevoel en gehoor, vatte Kraepelin samen onder de naam Dementia paranoïdes. De genuïene chroniese paranoia, waarvan hij ze aldus afscheidde, meende Kraepelin oorspronkelik het voorkomen van hallucinaties geheel te moeten ontzeggen, zodat hij, ook bij goede systematisering en het niet aantoonbaar zijn van dementie, alle gevallen waarbij hallucinaties duidelik waren, tot de Dementia paranoïdes meende te moeten rekenen, in het geloof, dat dan op den duur de dementie zich wel manifesteren zou. Later heeft hij zelf, maar hebben vooral anderen ingezien, dat deze mening niet vol te houden was en dat wel degelik gevallen van echte chroniese paranoia voorkomen, waarbij talrijke hallucinaties optreden, hoewel zij daar nooit zo vreemd worden en niet zo in het eigen lichaam van de patient of op de meest onwaarschijnlike afstanden (b.v. in Amerika) gelocaliseerd, als dat bij Dementia paranoïdes het geval is. De gebrekkige systematisering der wonderlike waandenkbeelden, de geringere invloed die zij op het leven der patienten uitoefenden en bovenal weer de stompheid en het uiteenvallen der persoonlikheid (dementie) moesten als het karakteristieke dezer psychose beschouwd worden. Ook het verloop was anders dan dat van paranoia: 't begin was meestal wel evenzeer uiterst slepend en chronies, zelden acuut, maar later vond men niet die typiese opeenvolging van eerst betrekkings-, daarna steeds verder ontwikkelde vervolgingswaandenkbeelden, die een grote depressie meebrachten, maar eindelik, door grootheidswaandenkbeelden gecompenseerd, weer een zekere mate van euphorie toelieten. Integendeel: grootheids- en vervolgingswaandenkbeelden wisselen

elkaar zonder begrijpelike samenhang af, terwijl er geen merkbare invloed op de stemming der lijders van uitgaat. Op den langen duur wordt deze invloed der waandenkbeelden — hoewel zij evenzeer blijven bestaan — op de persoonlikheid hoe langer hoe kleiner, daar deze afstompt en totaal onverschillig wordt en uiteenvalt.

Waren tot dusver reeds zeer belangrijke stappen gedaan, waardoor men een standpunt bereikt had, van waaruit de ganse psychiatrie een geheel ander aspect aanbood, dan een 30 jaar te voren: het begrip secundaire dementie als complicatie van „karakterpsychosen" was overwonnen, — de geniale greep, die op nieuwe, betere wijze verenigde, wat eerst was gescheiden, werd door Kraepelin in het jaar 1896 gedaan.

Toen toch voor het eerst beschreef hij in zijn Lehrbuch der Psychiatrie als verschillende uitingen van een zelfde psychose de vormen Hebephrenie, Katatonie en Dementia paranoïdes onder de naam Dementia praecox. De opvallende gelijkenis van de laatste, afgestompte stadia dezer beelden, het grillige, absurde, niet voor normalen navoelbare, dat alle gevallen kenmerkt en de weinige belangstelling, die de lijders tonen voor alles in en om hen, zelfs voor hun eigen ziekteverschijnselen, bracht Kraepelin er toe een nauwere verwantschap te zien, dan oppervlakkig te bekennen viel. Een hebephreen, wiens onverschilligheid en gebrek aan werklust het meeste opvallen, een katatonicus, die in stereotype en gemaniereerde bewegingsdrang rondraast, of in negativistiese en mutistiese stupor neerligt en een lijder aan dementia paranoïdes, die in zijn vervolgingswaan voor de wereld vlucht, of plotseling impulsief aanvallend optreedt, zij hebben inderdaad op het eerste gezicht weinig gemeen. Dat Kraepelin bij al deze lijders toch een gemeenschappelik element zo aan te tonen wist, dat — schoon na veel strijd — nagenoeg ieder hem tans volgt, is een ontdekking van de eerste rang geweest, wier betekenis niet licht overschat kan worden.

Niet alleen echter de zekere gelijkheid, die de verschillende vormen in symptomatologie en verloop onmiskenbaar vertonen,

ook het feit. dat zij onderling in elkaar overgaan kunnen, is een aanwijzing voor hun eigenlik behoren tot dezelfde psychose. Een typiese onverschillige en lummelachtige hebephreen kan soms plotseling een stupor, of een maniakale aanval vol manieren en stereotypieën, aangevuld met andere katatone symptomen krijgen. Iemand, die een katatone aanval heeft doorgemaakt en daarvan min of meer volkomen genezen is, kan later langzamerhand paranoïede waandenkbeelden gaan uiten en als een typiese dementia paranoïdes eindigen. Ook een paranoïede patient kan in het verdere verloop het lusteloze en afgestompte van de hebephrenie krijgen of een min of meer typiese katatone aanval vertonen.

Niet alleen overgangen van het ene beeld in het andere na enige tijd echter komen voor: ook tegelijkertijd kunnen praecox-patienten verschijnselen van verschillende vormen der ziekte vertonen, zelfs zo veelvuldig, dat de gevallen, die absoluut tot een dezer drie beelden terug te brengen zijn, zonder trekjes uit de andere te hebben, als uitzonderingen beschouwd mogen worden, terwijl de tussenvormen, nu eens heel dicht staande bij een der grondvormen, met maar een enkel karakteristiek van een andere, dan weer ongeveer tussen twee groepen het midden houdende, de regel zijn. Een hebephreen vertoont zeer dikwels betrekkingsideeën, waandenkbeelden van vergiftiging — met smaakhallucinaties — of beinvloeding door anderen, die aan dementia paranoïdes herinneren, terwijl aan de andere kant symptomen als negativisme, manieren, stereotypieën en dergelijke, die met de katatonie overeenkomen, zelden of nooit geheel gemist worden [1]). Bij katatonie zijn paranoïede ideeën evenmin zeldzaam, terwijl de voor hebephrenie typiese vlegelachtigheid en onverschilligheid er nog vaker aangetroffen worden. Bij Dementia paranoïdes weer hetzelfde: de onverschilligheid, vaak tot voor de eigen waandenkbeelden toe, doet aan hebephrenie denken, terwijl stereotypieën, manieren, soms katalepsie de verwantschap met katatonie dikwels demonstreren.

---

[1]) Hoewel stereotypieën tot de katatone symptomen horen, is het stereotype symptoom: het hebephrene lachje steeds meer als typies voor hebephrenie beschouwd!

Het bestaan van al deze overgangen en tussenvormen, die de eenheid van de Dementia praecox wel bijna tot zekerheid maken, heeft Kraepelin aan de andere kant er toe gebracht, meerdere ondervormen te onderscheiden, die evenwel geen nieuw aspect, dat niet reeds door de drie oorspronkelike hoofdgroepen gegeven werd, opleverden. Zoo wordt o.a. de Dementia simplex van de door meer grilligheden gekenmerkte Hebephrenie afgescheiden; een geagiteerde vorm: maniakale aanvallen met allerlei katatone symptonen, afgewisseld door even bizarre angstaanvallen, maar waarbij het niet tot een stupor komt, wordt uit het grote beeld der katatonie gelicht; de dementia paranoïdes wordt gesplitst in een vorm met zeer talrijke hallucinaties en phantastiese waandenkbeelden en een ander, waarin de onverschilligheid, soms met enkele katatone symptomen meer op de voorgrond staan.

Al deze onderscheidingen evenwel raken, zoals door Kraepelin zelf naast vele anderen aangenomen wordt, het wezen der zaak niet en het heeft — naast het voordeel spoedig opvallende verschillen tot indelingskenmerk te maken — zijn hiestoriese bekoring de drie oude vormen als enige indeling te blijven handhaven.

Van meer belang zijn de pogingen in het werk gesteld om ziektegevallen, welke in de Dementia praecox niet thuis horen, in afzonderlike beelden te verenigen of bij andere, reeds bekende beelden onder te brengen. Veel zekers hebben deze pogingen tot nog toe niet opgeleverd: het ziektebeeld der Paraphrenie, waaronder Kraepelin wel onverschilligheid en afstomping, echter geen aantasten en uiteenvallen der persoonlikheid brengt, is al evenmin algemeen erkend geworden, als andere door anderen van de Dementia praecox afgescheiden ziekten. Des te meer verschil van mening, onzekerheid en verwarring is door deze pogingen ontstaan vooral over de vraag, of men bepaalde gevallen tot de Dementia praecox of tot een niet demente psychose moet rekenen. Terwijl Bleuler de lijders aan Dementia praecox op ongeveer even talrijk schat als die aan alle andere psychosen samen, is het aantal bij Kraepelin belangrijk kleiner, bij nog

anderen wordt zelfs de diagnose Dementia praecox slechts betrekkelik zelden: veel minder vaak b.v. dan die der manies-depressieve psychose gesteld. Het is duidelik, dat dit alleen kan berusten op een verschil in opvatting over de vraag welke symptomen als kenmerkend moeten worden beschouwd. Terwijl Bleuler zo veel gewicht hecht aan de zonderlingheden en absurditeiten, die de patienten vertonen, dat deze hem de diagnose Dementia praecox ongeveer als vaststaande doen aannemen en hij op grond daarvan nimmer een diagnose Dementia praecox in die van b.v. manies-depressieve psychose of paranoia veranderde, dikwels echter het omgekeerde, zien wij bij Zendig en anderen een latere verandering van de diagnose Dementia praecox in manies-depressief betrekkelik vaak, het omgekeerde veel minder. Als een bruikbare regel wordt door dezulken opgegeven: met de prognosties zoveel infaustere diagnose Dementia praecox uiterst voorzichtig te zijn en bij twijfel het liefst de diagnose van een niet demente psychose te stellen, hetgeen voor latere teleurstellingen een vrij goede waarborg zou bieden. Alleen wanneer afstomping en uiteenvallen der persoonlikheid: verdwijnen van de belangstelling voor de omgeving en zich zelf, naast het beheerst worden nu door deze, dan door die gedachte of door tegenstrijdige gedachten tegelijk, duidelik zijn, stellen zij de diagnose Dementia praecox.

Voor het instellen van een onderzoek naar de psychologie dezer ziekte, lijkt het mij aangewezen, alleen die gevallen te beschouwen, welke er met zekerheid toe gerekend moeten worden, zodat dan ook bovengenoemde criteria voor de beschouwingen over het ziektebeeld en voor alle gevallen, die geciteerd zullen worden, ten strengste zijn toegepast. Mogelik is dan, dat wel gevallen en symptomen verwaarloosd zijn, die misschien bij de psychose eigenlik behoren, maar wij hebben het voordeel verwarring met andere psychosen nagenoeg zeker uit te sluiten.

Behalve met de omschrijving van het ziektebeeld hebben de psychologiese onderzoekingen over Dementia praecox zich

vooreerst bezig gehouden met het zoeken naar een of enkele grondsymptomen, afwijkende verschijnselen, die voor fundamenteel aangezien mogen worden en die wij dus als het wezen der ziekte kunnen opvatten. Ook in de resultaten van dit zoeken evenwel is nog allerminst overeenstemming bereikt. Een korte uiteenzetting van de meningen, die Berze, Jung, Bleuler, Stransky verdedigen, en van bezwaren, die tegen elk dezer zienswijzen kunnen oprijzen, schijnt mij aangewezen, terwijl ik verder mede met behulp van experimenten mij een eigen oordeel — hoewel tengevolge van o.a. mijn uiterst geringe klieniese ervaring, natuurlik zeer gebrekkig — over deze quaesties heb trachten te vormen. Want, hoewel bij deze onderzoekers buitengewoon vernuftige en bewonderenswaardige hypothesen vindend, kon ik toch geen definitieve keus doen, omdat mij overal gebreken in de overeenstemming met de ervaring of moeilikheden in de verklaring van het ziektebeeld uit de grondafwijking over te blijven schenen. Daarom leek het mij beter, te zoeken of er niet nog een andere mogelikheid naast de al beproefde overbleef en ik heb werkelik enige hoop — natuurlijk niet het probleem, zo omvangrijk en zo vol moeilikheden, opgelost te hebben — maar dan toch een weg te hebben gezien, waarvan het verder bewandelen ons tot de oplossing wel eens nader zou kunnen brengen.

Een tweede vraagstuk — waarmee voornamelik in later tijd veel onderzoekers zich hebben bezig gehouden — is, of er betrekkingen en overgangen te vinden zijn tussen het normale bewustzijnsleven en dat van praecoxlijders. Het is bekend, dat de Dementia praecox altijd beschouwd is als een psychose, waarbij wij normalen ons uiterst moeilik, of helemaal niet in het zieleleven der patienten kunnen indenken. Terwijl de manies-depressieve psychose, psychasthenie, paranoia en ook hysterie zoveel aanknopingspunten aan het normale bewustzijnsleven hebben en wij allen personen kennen, die in hun karakter en gedragingen veel aan deze psychosen doen denken en zelfs op de grens van het normale staan, maakt de lijder aan Dementia

praecox een indruk zo wonderlik en bizar, zoo onberekenbaar in zijn uitingen van emoties en handelingen, dat het ons onmogelik schijnt ons in hem in te leven en alle verband met het eigen zieleleven schijnt te ontbreken.

Waar nu evenwel een verband met het normale bij allerlei andere psychosen ontdekt is en bij lichamelike ziekten al even-zeer en des te duideliker naarmate oorzaken van buiten op het ontstaan ervan minder invloed gehad hebben, maar zij meer endogeen zijn en waar van uitwendige oorzaken bij Dementia praecox nog weinig of niets ontdekt is, daar ligt het toch niet voor de hand op deze oppervlakkige schijn af te gaan en te menen, dat de menselike persoonlikheid door deze ziekte tot in het onherkenbare veranderd is, ja niets menseliks meer heeft, maar veel eerder om toch te zoeken naar karakters, die met dat van praecoxlijders iets gemeen hebben, of naar persoonlik-heden, die op de grens van het normale staan.

Dit is dan ook door Kretschmer gedaan in zijn studie over het verband tussen lichaamsbouw, karakter en sommige psychosen [1]). Hij ging hierbij uit van een verschil in lichaamsbouw, dat hij constateerde tussen lijders aan de manies-depressieve psychose en Dementia praecox. Terwijl de eersten zich meestal kenmerkten door een gedrongen bouw met vierkant hoofd en neiging tot vetafzetting vooral aan de romp, weinig aan de extremiteiten, de zogenaamde pykniese lichaamsbouw, vond hij bij praecox-lijders verschillende andere typen van lichaamsbouw 't meest vertegenwoordigd: het astheniese, het athletiese en het dysplastiese type. De laatste groep is klein en omvat individuen met allerlei misvormingen en degeneratietekenen. De twede groep bestaat uit grote, gespierde mensen met een grof en bonkig beenstelsel en een lang hoofd en vooral gelaat, terwijl de eerste groep in hoofd-zaak overeenkomt met de vroeger reeds vaak — in verband met tuberculose voornamelik — genoemde habitus asthenicus: kleine, tengere en slanke individuen met slappe spieren en ligamenten, graciel beenstelsel, bleke gelaatskleur en kort eivormig gelaat.

---

[1]) Kretschmer. Körperbau und Charakter. 1921.

Deze typen van lichaamsbouw vond Kretschmer nu onder de normalen in groten getale terug en hij grondde daarop de onderstelling, dat er mee zouden overeenkomen bepaalde karaktertypen: met de pykniese bouw het cycloïede karakter, dat zou aansluiten bij de manies-depressieve psychose, met de overige typen van bouw het schizoïede karakter, dat in verband gebracht zou moeten worden met Dementia praecox. Inderdaad geeft hij een schets van deze karakters zoals hij ze meent te vinden bij de normalen, onder wie hij cyclothymen van schizothymen onderscheidt en bij personen, die op de grens tussen normaal en ziek staan: praepsychotiese persoonlikheden, die hem de cycloïeden en schizoïeden in engere zin leveren. Cycloïed en schizoïed in ruimer zin betekent dan de gehele groep, normalen, halfnormalen en duidelik zieken, allen omvattend. De cyclothymen zijn personen, die meeleven met hun omgeving, die sympathie voor hun medemensen voelen, voor dieren en kinderen en die ook sympathiek gevonden worden door hun vriendelikheid en jovialiteit. Zij zijn mensen uit één stuk, doen zich voor zoals ze zijn en zijn gemakkelik te doorgronden. Hun stemming is soms treurig, neerslachtig, vaker vrolik, bij tegenkanting wel eens ongemakkelik boos; altijd echter in overeenstemming met de gegeven situatie, en wisselt òf weinig òf met gelijkmatige overgangen. Zij houden van humor, zijn dikwels zelf geestig. Indien godsdienstig, dan zijn zij het met hun gevoel, zij zijn weinig dogmaties.

Geheel anders de schizothymen. Zij zijn in zich zelf gekeerd en stil, eenzelvig zonder veel voor hun omgeving te voelen, die ook voor hen niet die warme sympathie koestert als voor de cyclothymen, daar zij haar niet tegemoetkomen. Zij tonen telkens een andere kant van hun leven, zijn aan de oppervlakte heel anders, dan diep in hun binnenste, treden gedwongen of geaffecteerd op, omdat zij vaak de rechte toon niet vatten kunnen en zijn moeilik te leren kennen. Hun stemming is dikwels kalm en koel, vaak ook geprikkeld, zonder dat het tot frisse vrolikheid of aangrijpende smart komt, bij tegenkanting worden zij nors, meer dan toornig. De stemming wisselt soms zeer weinig, zodat

zij onverschillig schijnen, of dikwels abrupt en is vaak slechts in gebrekkige overeenstemming met de gegeven situatie. Zij appreciëren humor slecht en zijn niet geestig, soms wel sarkasties. Mensen van uitersten, zouden zij in godsdienstige zaken òf dwepend dogmaties en pharizees òf onverschillige spotters zijn.

Verschillende typen onderscheidt Kretschmer binnen de grote groep der schizothymen. Zo zijn er fijn-besnaarde naturen met sterk aesthetiese neigingen en een grote liefde voor boeken en de natuur, niet uit een algemeen gevoel voor al wat leeft, zoals de cyclothymen bezitten, maar omdat de conflicten met de buitenwereld in hun phantastiese mijmeringen over letteren en natuur niet die scherpte aannemen als in het verkeer met de mensen om hen heen. Zij zijn koel-beminnelik in de omgang, gereserveerd en een weinig onverschillig, kunnen soms plotseling om onbegrijpelike reden verbazend geprikkeld zijn. Zij leven op zich zelf, hun dagboeken kunnen soms een rijkdom van gemoed openbaren, die men in de verte niet bij hen gezocht zou hebben.

Anderen zijn aristocraten, keurig op kleding, houding en spraak, conversabel wel in de salons, maar altijd over conventionele onderwerpen, hun binnenleven openbaren zij niet.

Dan zijn er nog moreel uiterst strengen of godsdienstige dwepers, of revolutionnaire drijvers, sommigen levend teruggetrokken en voor zich zelf in de strengste morele tucht, maar afgekeerd van de wereld en zonder enig contact, anderen hun omgeving meeslepend en bekerend, wars van alle compromis en in de ban doend of neerslaand allen, die niet met hun principes in alle overeenkomst leven. Calvijn en Robespierre worden als voorbeelden van de laatste soort genoemd.

Koele berekenenden en sluwe intriganten, die hun egoisties doel — dat soms zeer groots kan zijn — op alle mogelike wijze trachten te bereiken, vormen een verdere ondergroep. Zij gaan hun weg door de wereld, voor niets anders oog dan voor hun eigen phantastiese plannen en alles omverwerpend of negerend, wat daarmee niet strookt, kalm en koud niets verradend van wat in hun binnenste omgaat, soms misschien uitbrekend in een

niets ontziende, blinde woede, waarvan de aanleiding geheel inadaequaat, de reden hun misschien zelf onbewust is.

Onverschillige boemelaars, vallend van het ene beroep in het andere, maar nergens iets behoorliks praesterend, levend op kosten van familie of maatschappij, zonder zich veel aan uitspattingen te buiten te gaan, maar vaak in zich zelf gekeerd voor zich heen zittende te staren, worden als laatste groep nog genoemd. Zij zijn uiterst koud en onverschillig, maar hebben soms nog een onbegrijpelike neiging voor kunst en een zekere artisticiteit. Plotseling kunnen zij in een geprikkelde stemming gevaarlike handelingen verrichten, zonder dat ze de indruk van toorn maken, die wij bij een cyclothym dikwels krijgen. Zij staan reeds op de grens van het pathologiese.

In de kunst hebben schizothymen neiging tot het wildromantiese, en het rhetoriese, terwijl zij ook de vorm angstvallig plegen te verzorgen, in de wetenschap tot phantasties bespiegelende philosophieën of ook tot het ten uiterste doorvoeren van logiese systemen. Zij zijn slechte waarnemers.

De overeenkomst tussen deze schizoïeden en de lijders aan Dementia praecox komt vooral uit in hun onverschilligheid, hun onberekenbaarheid en hun grilligheid. Bij praecoxlijders vinden wij in nog sterkere mate de slechte overeenkomst tussen uiterlike situatie en emotie-uitingen, het ontbreken van frisse vrolikheid, aangrijpende smart en echte toorn, terwijl impulsieve handelingen in een onbegrijpelik geprikkelde stemming des te meer voorkomen. Ook bij praecoxlijders eindelik kan zich achter het koude en maskerachtige dageliks uiterlik een gemoedsrijkdom verbergen, die soms later plotseling tot uiting komt, soms alleen uit geschriften blijkt, soms waarschijnlik voor eeuwig verloren gaat. In families van praecoxlijders vindt Kretschmer zijn schizoïede typen sterk vertegenwoordigd.

Meer typen dan het cycloïede en het schizoïede — waarvan alleen het laatste, wegens zijn verband met dit onderwerp, hier uitvoeriger beschreven is — onderscheidt Kretschmer niet. Hij wil echter hiermee niet zeggen, dat alle mensen onder een dezer

beide groepen vallen. Vooreerst zijn er vele bij wie — zowel in lichaamsbouw, als in karakter — trekken van beide typen te onderkennen zijn, soms tegelijkertijd, soms wijl zij in hun jeugd meer van het ene, later meer van het andere type hebben. (zgn. dominantiewisseling). Talrijk zijn verder degenen, die niet onder een bepaalde groep te brengen zijn, omdat zij wel een enkele eigenschap van een der beide typen duidelik vertonen, verder echter geen karakteristiek beeld opleveren. Eindelik blijven er nog een aantal mensen over, die helemaal geen karakteristieke eigenschappen vertonen, zo dat zij onder een dezer groepen ingedeeld zouden kunnen worden. Een zeer aanzienlik aantal mensen brengt hij echter onder de groepen cycloïed en schizoïed. Het feit, dat de eerste groep ook gekarakteriseerd is door één bepaalde lichaamsbouw, terwijl aan de laatste meerdere lichamelike typen beantwoorden, doet Kretschmer de mogelikheid onderstellen, dat de schizoïeden misschien nog een verzameling zijn van meerdere karaktertypen, elk met hun eigen specifieke lichaamsbouw, terwijl dan de Dementia praecox ook een verzameling zou zijn van de pathologies overdreven uitersten dezer verschillende typen. Dit sluit aan bij de vermoedens door zoveel onderzoekers gekoesterd, dat de Dementia praecox geen pathologiese eenheid zou zijn, maar in verschillende ziektebeelden op den duur moeten kunnen worden opgelost. Evenwel noch op psychopathologies noch op normaal psychologies gebied kan ook Kretschmer scherpe verschillen om de afzonderlike typen af te grenzen vinden, zodat wij voorlopig schizoïeden zowel als praecoxlijders als één groep moeten beschouwen.

Wat betreft de verhouding zijner karaktertypen tot andere psychosen, hier kan Kretschmer geen besliste mening uiten. De meeste andere demente psychosen: paralyse, alkohol-psychosen, dementia senilis etc. beschouwt hij als veroorzaakt door toxiese agentia in of buiten het lichaam ontstaan, waarmee het karakter heel weinig of niets te maken heeft. Paranoia is volgens hem waarschijnlik geen zelfstandig ziektebeeld, maar hoort bijna altijd onder Dementia praecox, dus het schizoïede type. De overige

niet demente psychosen echter — hysterie, psychasthenie, neurasthenie: de zogenaamde neurosen — weet hij niet met zekerheid in zijn karakterleer onder te brengen. Voor het vermoeden, dat ook zij uitvloeisels zouden zijn van het schizoïede type vindt hij wel enige argumenten: vooral in het voorkomen bij deze van zovele splitsingen in het bewustzijn, die ook bij de schizoïeden veel gezien worden, maar duidelik vindt hij de overeenkomst toch niet, terwijl een zekere verwantschap met Dementia praecox, die dan toch wel gepostuleerd zou zijn, ook niet goed te onderkennen is. Hij laat deze vraag aan de toekomst ter beantwoording over.

Over de vraag, of er nog andere typen, dan het cycloïede en het schizoïede zouden zijn te onderscheiden, spreekt Kretschmer zich ook slechts in vermoedens uit. Met name noemt hij de mogelikheid van het bestaan van een epileptoïed type, waarvan dan de epilepsie de pathologiese overdrijving zou zijn. Hij vond er echter slechts geringe aanduidingen van, maar daar hij vermoedt, dat eene demente psychose als epilepsie door een toxies agens opgewekt wordt en weinig met het karakter te maken heeft, lette hij er ook weinig op, omdat hij een epileptoïed type a priori als onwaarschijnlik beschouwde. — Wiersma [1]) heeft echter het bestaan van een epilepties karakter zeer duidelik aangetoond.

De arbeid van Kretschmer is door Bleuler [2]) met geestdrift ontvangen. Hij is het in bijna alles met Kretschmer eens, gaat echter nog verder, daar hij ook de neurosen met zeer grote waarschijnlikheid als uitvloeisels van het schizoïede type beschouwt. Bij de grote omvang, die hij aan zijn begrip Dementia praecox (Schizophrenie) geeft, zodat hij ook vele neurosen als latente „Schizophrenieën" opvat, is dit niet te verwonderen. Waar wij echter, zoals boven besproken is, meer prijs moeten stellen op een rijke en vooral vaststaande inhoud van het ziektebegrip, is het niet mogelik om hierin met Bleuler mee te gaan.

---

1) o.a. N. T. v. Gen. 1909. II. 2.

2) Die Probleme der Schizoïdie und der Syntonie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 1922. 8. 4/5.

Ook Rombouts [1]) en anderen zijn het in hoofdzaken met Kretschmer eens, terwijl Ewald en Meijer en Sioli [2]) veel kritiek oefenen op de constructie der lichamelike typen en op de verbinding daarvan aan bepaalde karakters. Op de opstelling der karakters zelf is echter weinig of geen kritiek geoefend.

Toch bestaat daar wel enige aanleiding voor. Scherp afgetekende karaktertypen heeft Kretschmer niet geleverd. Zijn beide typen zijn soms emotioneel, soms niet, soms ijverig, werkzaam en energiek, soms niet, zodat activiteit en inactiviteit over beide verdeeld zijn. Evenzo met secundaire en primaire functie: zoowel cycloïeden als schizoiëden kunnen soms snel verzoend, soms lang ontstemd, soms zeer vatbaar voor nieuwe indrukken, soms lang gehecht aan het oude zijn. De scheidingslijn loopt dus blijkbaar anders, dan bij de bekende karaktertypen van Heijmans [3]), maar hoe hij loopt is niet duidelijk na te gaan. Een bepaalde eigenschap, als criterium of de persoon tot de ene groep hoort of tot de andere, is er niet. Want de vraag of iemand leeft in harmonie met zich zelf en de wereld, of niet, is te moeilijk te beantwoorden om als zulk een criterium dienst te doen; ook de vraag of iemand gemakkelik te doorgronden is of niet; dit is bovendien te vaag. Toch zijn dit nog wel de meest universele kenmerken, die aan de typen ten grondslag liggen voor zover dit is na te gaan, waar nergens de frequentie van een eigenschap in cijfers wordt uitgedrukt en vergelijkingen met het bij alle mensen in 't algemeen voorkomen van bepaalde eigenschappen ontbreken.

Het is dus verder van belang te onderzoeken, of er een bepaald karaktertype bestaat, dat zekere overeenkomst vertoont met dat van praecoxlijders, zó dat bepaalde eigenschappen, die bij praecoxlijders frequent zijn, bij mensen van dat type meer voorkomen, dan normaal. Nagegaan kan dan worden, waarin

---

[1]) Dissertatie, Leiden 1922.
[2]) Ztschr. f. Psychol. 1922.
[3]) o.a. Die Psychologie der Frauen.

en hoever dit type met het schizoïede van Kretschmer enige overeenkomst vertoont. Vooral interessant zal het verder wezen te zien, of er iets van de vermoedelike grondafwijking van de Dementia praecox terug te vinden is. Indien het bestaan van een dergelijk type waarschijnlik mocht worden en vooral indien de laatste vraag in enigszins bevestigende zin beantwoord mocht worden, zou er misschien een begin van een brug gekomen zijn over de kloof, die de normalen van de praecoxlijders scheidt.

HOOFDSTUK II.

LITTERATUUR.

Hier volgt een kort overzicht van verschillende meningen, die aangaande eventuele primaire symptomen van Dementia praecox gepubliceerd zijn. Dat alleen Duitse litteratuur is verwerkt, vindt zijn oorzaak hierin, dat de Fransen een ander begrip Dementia praecox hebben, waarin zij nl. ook de psychasthenie en veel neurologiese en hysteriese gevallen opnemen, terwijl zij afzonderlik als dégénérés beschrijven vele patienten, die wij gewoon zijn als praecoxlijders te beschouwen. Daar ik gemeend heb mij aan het begrip Dementia praecox, zoals dit in ons land verstaan wordt, dat zich voornamelik met dat van Kraepelin dekt, te moeten houden, en de psychologie van de ziekte, volgens Franse opvatting, natuurlik heel anders uitvalt, heb ik deze litteratuur buiten beschouwing gelaten. De Engelsen hebben òf al hun ideeën over de ziekte overgenomen van Kraepelin en de psycho-analytici, òf zij kennen nog geen begrip Dementia praecox en staan nog op het standpunt van vóór 1870. Oorspronkelike litteratuur viel er van hun kant dus niet te verwerken.

Nederlandse litteratuur eindelik, die zich bezighield met de vraag naar een grondsymptoom, waar het mij hier voornamelik om te doen was, heb ik niet aangetroffen.

Berze [1]) beweert, dat het grondsymptoom van Dementia praecox is: een vermindering van de psychiese aktiviteit, waaronder hij verstaat: de kracht, die ten grondslag ligt aan alle wilshandelingen, niet alleen aan die, welke naar buiten

[1]) Berze. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. 1914.

zich openbaren in spierbewegingen, maar ook aan allerlei intrapsychiese verschijnselen. Het is duidelik, dat ook het denken in zekere zin als een wilsfunktie moet worden opgevat, want om tot een bepaalde slotsom te komen, moeten wij ons de oplossing van een probleem ten doel stellen en daarna onze opmerkzaamheid concentreren op het verzamelen van gegevens en het logies verwerken daarvan, terwijl toevallig door associatie of eigen kracht opduikende voorstellingen, die niet tot het doel kunnen leiden, aktief verdrongen moeten worden. Ook wanneer wij bij het lezen of horen van een betoog de gedachtengang van anderen volgen, moeten wij ons daartoe concentreren, hetgeen door zelfwaarneming bij een moeilik te volgen voordracht of boek, of bij veel afleidende momenten in de omgeving duidelik als een willekeurige inspanning kan opgemerkt worden.

Ook in de waarneming blijkt een aktief element te liggen: immers om uit elementaire gewaarwordingen (hardheid, kleur, klank, bewegingsgewaarwordingen) de waarneming van een bepaald voorwerp op te bouwen is een intellektuele werkzaamheid nodig, die zonder een zekere concentratie weer niet gelukken zou.

Uit de verzwakking van deze wilsfunktie nu zou het ontstaan van Dementia praecox zijn te verklaren. Want altijd zou dit grondsymptoom bij Dementia praecox aanwezig zijn en ook zouden alle andere symptomen uit deze wilsverzwakking zijn af te leiden. Wel kan men niet altijd aantonen, dat de verminderde wilsfunktie het eerste en ook — na een aanval — het langst blijvende symptoom is — hetgeen het derde algemeen aangenomen kenmerk is van een primair symptoom —, maar dit vindt Berze ook niet nodig: door reaktie van de kant van het onbeschadigde deel der psyche toch kunnen secundaire symptomen zo zich op de voorgrond plaatsen, dat zij een nog gering ontwikkeld primair symptoom geheel kunnen verbergen. Dit geldt voor allerlei psychosen; maar Berze staaft deze stelling nergens door voorbeelden of andere bewijzen.

Is echter een vermindering van de wilsfunktie op zich zelf voldoende om het ontstaan van Dementia praecox te verklaren? Wanneer wij op andere psychosen letten, dan blijkt, dat bij zeer

vele — zo niet alle — wilszwakte altans een der meewerkende factoren tot het tot stand komen van de afwijking is.

Onder de niet-demente psychosen is dit het duidelikst voor de psychasthenie. De patienten zelf klagen er over, dat zij hun dwanggedachten, obsessies, etc. door hun wil niet meester kunnen worden. Bovendien bestaat er een geleidelike overgang van de normale besluiteloosheid, zoals die bij weinig wilskrachtige personen — vooral in vermoeidheidstoestanden: dus bij verlaagde bewustzijnsgraad — voorkomt en de pathologiese twijfel- en weifelzucht der psychasthenici.

Hetzelfde geldt misschien in mindere mate ook voor de zo verwante neurasthenie. De hypochondriese ideeën, die bij de patienten opkomen, zijn wel voor correctie vatbaar: zij laten zich door de arts wel geruststellen. Maar als zij aan zich zelf overgelaten worden, zijn zij niet in staat deze correctie vol te houden, maken zij zich toch weer ongerust.

Ook bij de manies-depressieve psychose speelt wilszwakte een zekere rol. Er zijn n.l. voorbeelden van patienten, die na van een eerste aanval hersteld te zijn, het vaste voornemen opvatten, niet weer ziek te zullen worden, zich niet weer te zullen laten gaan, hetgeen ook dikwels gelukte. Bovendien is de wil in het puberteits- en in het praeseniele of seniele tijdperk, waarin de psychose meest uitbreekt, minder sterk dan op middelbare leeftijd.

Ook paranoia wordt waarschijnlik door wilszwakte in de hand gewerkt, daar deze patienten hun waansysteem opbouwen op enkele gegevens, in plaats van de zaken van alle kanten te bekijken, zoals van wilskrachtige personen verwacht mag worden.

Hysterie eindelik berust volgens moderne inzichten op een bewustzijnsvernauwing (Janet), die tot stand komt door het verdringen, dit is: niet letten op complexen van bewustzijnsinhouden, die een zo pijnlike gevoelstoon hebben, dat zij, wanneer ze bewust bleven, onverdraaglik zouden worden. Deze patienten missen dus de kracht hun complexen te verwerken, zich er doorheen te bijten, maar zij zetten zich er over heen door ze

onderbewust te maken. Maar ook al gelooft men niet aan het bestaan of de pathogene werking van onderbewuste complexen, de bewustzijnsvernauwing bij hysterie blijft toch een feit (anaesthesieën, hyperaesthesieën: opmerkzaamheidskramp) en deze wijst toch weer op een passieve houding ten opzichte van de buitenwereld: op sommige prikkels kan niet gelet worden, op andere is integendeel de opmerkzaamheid steeds gericht, zonder daarvan door de patient afgeleid te kunnen worden.

Bij vele dementie psychosen laat zich een wilszwakte even duidelik aantonen, klaarblijkelik ook weer als medeoorzaak van de andere symptomen.

Epilepsie berust, zoals bekend is, op bewustzijnsinzinkingen [1]), die experimenteel gemakkelik bij deze ziekte zijn te vinden en zich klienies in de toevallen en aequivalenten openbaren. Nu is een bewustzijnsinzinking een toestand, waarin zeer veel inhouden in het bewustzijn zijn, elk met een zeer lage bewustzijnsgraad, een gebrek aan concentratie, waarvoor een zekere wilsinspanning nodig is. Dit blijkt ook uit het feit, dat verscheiden patienten in staat zijn hun toevallen, als zij ze voelen aankomen te onderdrukken, door aktief hun opmerkzaamheid in te spannen, bijv. sterk op de omgeving te letten. Epileptici zijn dikwels zeer impulsief, d.w.z. handelen slechts op één motief, dikwels nog voor hun dit duidelik bewust is geworden, wat ook al op wilszwakte wijst.

Berze zelf geeft overigens ook toe, dat in epileptiese droomtoestanden een gebrek aan psychiese aktiviteit bestaat; later zullen wij nog zien, wat hij als het essentiele verschil met Dementia praecox beschouwt.

Alkoholisme, morphinisme en dergelijke vergiftigingspsychosen kunnen wij veilig opvatten als een gevolg van een ziekelik toegeven aan de behoefte aan prikkels of verdoving. De wil van deze patienten is te zwak om zich tegen hun neigingen, waarvan zij het gevaarlike zelf wel inzien, te verzetten.

---

[1]) Wiersma, l.c.

Het toegeven aan verkeerde neigingen ligt dikwels ook ten grondslag aan Dementia paralytica, in zoverre als patienten de daarvoor noodzakelike lues meestal opdoen tijdens buitenechtelik geslachtsverkeer. Het zullen dus meestal wel niet de meest wilskrachtige individuen zijn, die deze ziekte krijgen: dit geldt echter niet voor vrouwen, die door hun echtgenoot met lues besmet worden en later paralyticae worden. Toch wijst het feit, dat een beginsymptoom dezer psychose meestal is: een verwaarlozen der dagelikse plichten en verlies van belangstelling voor werk en huisgezin, terwijl ook morele defecten al heel spoedig optreden, er wel op, dat verminderde wilskracht ook hier een belangrijke rol speelt.

Waar dus een verlies van wilskracht, of een van huis uit gering ontwikkelde wilsfunktie, mede ten grondslag ligt aan zoveel zeer uiteenlopende psychosen, zal het moeilik vol te houden wezen, het ontstaan van Dementia praecox uit dit gebrek alleen te verklaren. Berze zou dit natuurlik ook moeten toegeven, maar hij heeft het begrip psychiese aktiviteit nog veel ruimer opgevat en gelooft daarmee op weg te zijn, de Dementia praecox een bevredigende basis te verschaffen.

Eigenlik bestaat er volgens Berze geen enkele psychiese funktie, waarvoor niet de psychiese aktiviteit vereist wordt. Zoo zelfs voor de elementaire gewaarwordingen, die zouden ontstaan uit zuiver somatiese impressies, eerst bewust gemaakt door een opzettelike, of als reaktie verlopende acte van het bewustzijn, een funktie dus van de psychiese aktiviteit. Het is echter helemaal niet in te zien, waarom een zo ingewikkelde ontstaanswijze van gewaarwordingen moet worden aangenomen.

Dat Berze dit echter toch nodig acht, hangt samen met zijn dualistiese opvattingen. De prikkel komt van buiten en is een zuiver physies verschijnsel, waaraan Berze ook niets psychies wil toekennen. Deze prikkel brengt veranderingen teweeg in de hersenschors, waaraan ook nog niets psychies is toe te kennen. Eerst door verbinding met de psychiese aktiviteit, die hij in subcorticale hersengebieden localiseert, ontstaat een bewuste gewaarwording.

Het probleem van de wisselwerking tusschen physiese en psychiese wereld wordt echter door deze opvatting slechts verplaatst, niet opgelost. Of de physiese veranderingen, die samengaan met het optreden van een bewuste gewaarwording, zich in de hersenschors afspelen of subcorticaal verlopen, doet voor de oplossing van dit metaphysiese probleem weinig ter zake en is met onze hulpmiddelen niet te controleren.

De zelfwaarneming leert ons de gewaarwording als een eenvoudige zaak beschouwen. Wij bemerken niet, dat wij zelf daarbij aktief bezig zijn, van enige inspanning is geen sprake. Berze moet, om dit te verklaren, zijn toevlucht nemen tot een hulphypothese, nl. dat de psychiese aktiviteit voor 't tot stand komen van gewaarwordingen vanzelf in aktie treedt. De psychiese aktiviteit is hier als reaktiviteit werkzaam, zo drukt hij dat uit.

Veel eenvoudiger is het echter om aan te nemen, dat het ontstaan van bewuste gewaarwordingen met psychiese aktiviteit niets te maken heeft. Het wisselwerkingsprobleem moeten wij dan onopgelost laten, of het oplossen in de zin van het psychies monisme.

Ook emoties kunnen volgens Berze alleen door psychiese aktiviteit optreden. Hij vat ze nl. op als gewaarwordingen van de lichamelike veranderingen, die gewoonlik met aandoeningen gepaard gaan en staat dus niet ver af van Lange en James. Wel ontkent hij, dat de stelling van de laatste: men is blij omdat men lacht, droevig omdat men schreit en niet omgekeerd, geldigheid bezit, maar toch vat hij de gewaarwordingen van vasomotoriese en sekretoriese veranderingen overal in het lichaam en misschien ook van hersenveranderingen als 't wezen van de emoties op. De bekende proeven van Lehmann bezitten voor hem niet voldoende nauwkeurigheid om als een weerlegging van zijn theorie te kunnen dienen. De experimenten evenwel, die door Wiersma [1]) met handplethysmogram en de psychogalvaniese reflex zijn genomen, hebben Lehmann afdoende in het gelijk gesteld.

---

[1]) Psychiatr. en Neurol. Bl. 1911. 6,

Bovendien is een emotie principiëel iets anders dan een gewaarwording, 't geen de zelfwaarneming leert.

En zelfs al kon men een aandoening nog als een gewaarwording opvatten, dan nog zou er van psychiese aktiviteit geen sprake zijn, zoals ik boven meen te hebben aangetoond.

Wel kunnen wij echter toegeven, dat voor het ontstaan van emoties, evenals van wilsbesluiten, oordelen en waarnemingen een zekere hoge bewustzijnsgraad nodig is, bij welke ook de gewaarwordingen intensiever zullen zijn, dan bij een al te diffuus bewustzijn. Voor zover echter een vermindering van de wilskracht, die wij zoals uit het voorafgaande moge blijken, met psychiese aktiviteit kunnen identificeren, voor een diffuus bewustzijn aansprakelik is, kunnen wij een diffuus bewustzijn bij allerlei psychosen verwachten en het niet voor alle symptomen van Dementia praecox aansprakelik stellen. Toch kunnen wij bij verscheiden psychosen — melancholie, hysterie, paranoia zijn daarvan wel de sprekendste voorbeelden — niet spreken van een diffuus bewustzijn, maar veeleer van een opmerkzaamheidskramp. Onder de invloed nl. van emotionele complexen is hier de opmerkzaamheid gericht op bepaalde voorstellingen of denkbeelden, waarvan de verminderde wilskracht niet in staat is ze af te trekken. In de psychasthenie en de epilepsie echter hebben wij psychosen te zien, waar de verminderde bewustzijnsconcentratie wel degelik tot de primaire symptomen gerekend moet worden.

Bij psychasthenici is de bewustzijnsgraad doorlopend verlaagd (Kraepelin) en deze verlaging kan de dwangverschijnselen benevens de frequente depersonalisatie en fausse reconnaissance verklaren.

Bij epileptici daarentegen hebben wij met tijdelike inzinkingen van het bewustzijn te doen (Wiersma). De toevallen, absences en aequivalenten kunnen hieruit worden afgeleid.

Nu zien wij bij Dementia praecox aan de ene kant wel dikwels dwangverschijnselen optreden, terwijl aan de andere kant ook epileptiforme toevallen worden gevonden, maar ten eerste komen deze verschijnselen lang niet bij alle patienten voor, ten twede

zijn zij bij de patienten, die ze vertonen, betrekkelik zeldzaam en ten derde zijn er nog vele andere symptomen, die uit een bewustzijnsverlaging niet direkt of indirekt volgen.

Het verband toch tussen waandenkbeelden, katatone verschijnselen en autisme enerzijds en verlaging van de bewustzijnsgraad andererzijds is niet duidelik.

Berze zelf wil het verschil tussen epilepsie en Dementia praecox [1]) zoeken in de onderstelling, dat de bewustzijnsinzinking bij epilepsie plotseling zou intreden, bij praecox meer geleidelik zou tot stand komen. De plotselinge veranderingen in het bewustzijn van de epilepticus zouden zijn amnesie voor de toeval moeten verklaren, terwijl de praecoxpatient dikwels een verbazingwekkend goede herinnering aan zijn stuporeuse toestanden bewaart. Alleen, wanneer de bewustzijnsgraad bij een praecoxlijder een enkele maal ook snel daalt, zou een toeval ontstaan, die in alles aan een epileptiese gelijkvormig is.

Het is echter de vraag of de bewustzijnsinzinkingen van epileptici werkelik zo snel intreden. De onderzoekingen van Wiersma [2]) hebben aangetoond, dat zij zeer frequent zijn, en dat het alleen de extreem grote zijn, die zich als toevallen voordoen. Maar al die kleine inzinkingen, die hij experimenteel kon vaststellen, kwamen vrij geleidelik. Waarom zouden dan juist de grote zo snel komen?

En het bezwaar, dat de meeste praecoxsymptomen door bewustzijnsinzinkingen niet verklaard kunnen worden, blijft bestaan.

Al moet bij menige praecoxpatient dus een inzinking van het bewustzijn als grondslag van dwangverschijnselen of van een epileptiform toeval beschouwd worden, als primair symptoom kunnen wij dit niet erkennen.

Nog moet Berze's mening aangaande de dementie van praecoxlijders kort besproken worden. Hij vat deze op, niet als een essentieel symptoom van de ziekte, maar geheel als bijkomstig,

---

1) Zie ook pag. 23.
2) l.c.

eigenlik als complicatie. Gedeeltelik stelt hij een complicerende seniele of arteriosklerotiese dementie ervoor verantwoordelik, gedeeltelik beschouwt hij ze als een zgn. „inaktiviteitsdementie", ontstaande door het geringe gebruik, dat er van de verschillende psychiese krachten gemaakt wordt. Deze vorm moet op een lijn gesteld worden met de inaktiviteitsatrophie van zoveel zeer uiteenlopende organen, die door welk proces dan ook buiten staat gesteld worden hun natuurlike funkties te verrichten.

Een andere mogelikheid van verklaring der dementie ziet Berze niet. Hij meent echter, dat deze verklaringsgronden meer dan voldoende zijn, daar immers de dementie bij de praecox-lijders zo dikwels meer schijnbaar dan wezenlik is. Negativisme, paralogie, stuporeuze toestanden zijn er vaak de schuld van, dat een patient zeer stompzinnig lijkt, die toch in een latere phase kan blijk geven over een geheel of nagenoeg geheel ongeschonden intellect nog te beschikken.

Het komt mij voor, dat Berze hiermee een zeer belangrijke schrede op de goede weg gezet heeft.

Boven (blz. 24) zagen wij, dat Berzes dualisme leidde tot zijn psychologiese opvattingen over de aktiviteit en reaktiviteit (Aktionspsychologie). Wanneer wij ons afvragen, op welke gronden Berze tot zijn dualistiese theorieën gekomen is, dan kunnen wij deze in zijn boek gemakkelik, altans voor een deel aantonen.

Berze is er n.l. zeer afkerig van een „onbewuste" van psychiese aard aan te nemen, en hij bestrijdt Freud, Bleuler en anderen, die dit wel doen, in felle bewoordingen. Niemand — zo redeneert hij — heeft per definitionem iets van het onbewuste gemerkt, het is dus ongerechtvaardigd een dergelijke wilde hypothese op te stellen, en aan het onbewuste zulke machtige werkingen toe te schrijven als bovengenoemde schrijvers doen. Toch is het voor Berze even duidelik als voor ieder ander psycholoog, dat zich in het bewustzijn nawerkingen doen gelden van vroegere gebeurtenissen, zonder dat zij door een ononderbroken causale reeks van bewuste gebeurtenissen daar-

mee verbonden zijn. Bij voorbeeld, wanneer herinneringen opduiken aan voorstellingen, die enige tijd niet de minste aandacht hebben getrokken. Droomloze slaap is niet uit te sluiten; na het ontwaken, of na een periode van narkose begint het psychiese leven weer, hoewel er een tijdlang niets bewust is geweest.

We staan hier dus voor een causale gaping, die aangevuld moet worden en dit schijnt mogelik op twee manieren:

1⁰. Door een onbewust gedeelte van de psyche aan te nemen,

2⁰. Door aan te nemen, dat in het „physies substraat" van het bewustzijn: de hersenschors, nawerkingen (engrammen etc.) achterblijven, die onder bepaalde voorwaarden tot nieuw bewustzijn gewekt worden.

Berze kiest de tweede wijze, omdat wij dat physies substraat door de waarneming kennen en omdat physiologie en pathologie ervan het bestaan van zulke nawerkingstoestanden erin waarschijnlik maken. Door op deze wijze de kloof te overbruggen, moet Berze een wisselwerking tussen psyche en physies substraat aannemen en is daarmee tot dualist geworden.

Hij bedenkt echter niet, dat hij nu het probleem verschoven heeft naar de vraag, waarin dat tot bewustzijn wekken der physiese nawerkingstoestanden in hersencellen bestaat, een probleem dat niet voor oplossing vatbaar is, omdat wij nooit zullen kunnen inzien hoe een volkomen nieuwe qualiteit aan enig voorwerp toegevoegd kan worden.

Een even duidelik metaphysies standpunt, als door Berze, wordt niet ingenomen door Bleuler en zijn leerling Jung, die in vele opzichten zijn tegenstanders zijn.

Jung heeft in een klein boekje [1]) een geval van Dementia paranoïdes besproken en knoopt daaraan theoretiese beschouwingen vast, die zeer onder de invloed van de theorieën van Freud staan.

Hierin analyseert hij een groot aantal woordnieuwvormingen, stereotype en gemaniereerde zegswijzen en komt tot de slotsom,

---

[1]) Dementia praecox. 1909.

dat de inhoud van bijna alle symptomen door een grootheids- en een sexueel complex bepaald wordt. Tegen de methode der psycho-analyse, die werkt met vrije associatie en met losse invallen, waarbij veel gelet wordt op gelaatsuitdrukking en onwillekeurig gebarenspel en zeer veel verklaard door verdichting en symboliek, zijn reeds zeer vele tegenwerpingen gemaakt. Er is reeds zo dikwels gewezen op de zekere willekeur, die er bij het uitleggen der symbolen bestaat, op de mogelikheid van suggestie, als de onderzoeker van een idee préconçu zou uitgaan, op de verschillen in uitkomst, door verschillende onderzoekers bij analyse van éenzelfde droom of ziekteverschijnsel verkregen en op de a priori kleine waarschijnlikheid bijna elke onwillekeurige handeling of vergissing van normalen, bijna elk symptoom van zoveel zieken op een sexueel complex te moeten gronden. Daarom lijkt het mij niet nodig hier nog op al deze argumenten in te gaan, te minder, waar zij ter bestrijding der psycho-analytici zelf toch geen dienst kunnen doen, die zich beroepen enkel en alleen op hun ervaring en ook enkel en alleen door totaal afwijkende uitkomsten na nauwkeurige toepassing van hun eigen methode, door een daarin onder hun leiding geoefende overtuigd zouden kunnen worden. Dit standpunt is natuurlik niet goed te keuren, daar de methode enige zwakke zijden heeft (mogelikheid van suggestie, willekeur bij uitleg, enz.) maar toch is er veel waars in het theoretiese principe, waarvan de psycho-analytici uitgaan, nl. dat de inhoud der symptomen door onbewuste complexen bepaald of altans sterk beinvloed wordt.

Reeds Janet heeft er op gewezen, dat gedachtenverbindingen door hun sterke onlustemotie onverdragelik kunnen worden en daarom „vergeten" of verdrongen kunnen worden, zonder evenwel hun invloed op het psychiese leven van de betrokken persoon te verliezen. Breuer en Freud hebben dit later uitgewerkt en gezien, dat dergelijke complexen zich bij normalen vooral openbaren in dromen, bij hysterici in hun ziekteverschijnselen.

Zij veroorzaken echter niet de droom, noch de ziekte, bepalen alleen droominhoud en inhoud der symptomen.

Wat de normale betreft, niet de vraag waarom hij droomt, kan door een onderzoek naar de complexen worden opgelost, maar alleen de vraag, waarom hij vannacht juist deze droom, en niet een van de ontelbare andere die mogelik zouden zijn geweest, gehad heeft. Mutatis mutandis: niet de vraag waarom de hystericus ziek is geworden, is vatbaar voor oplossing door psycho-analyse, maar wel de vraag waarom de ziekte zich juist openbaart in deze verlamming en die anaesthesie, terwijl andere lichaamsgebieden geen funktiestoornis vertonen.

Hieruit volgt, dat wanneer de patienten na een psycho-analytiese kuur hun verschijnselen kwijt zijn, wij in wezen een symptomatiese behandeling hebben toegepast, maar dat het grondlijden, dat wel in hoofdzaak uit een aangeboren dispositie, om op bepaalde wijzen op emotionele gebeurtenissen te reageren, zal bestaan, is gebleven en inderdaad meestal ook het hele leven door duurt. Bij de een is die dispositie zo zwak, dat slechts de geweldigste psychiese schokken een op hysterie lijkend beeld kunnen te voorschijn roepen, wat in 't geheel niet of nauweliks als pathologies te beschouwen is, bij de ander weer zo sterk, dat op bijna ieder futiliteitje of ongemakje met hysteriese symptomen gereageerd wordt, waar wij dus een buitengewoon sterke vorm van hysterie voor ons zien. Zo zijn er vloeiende overgangen van normaal tot de ergste graad van ziek zijn.

Jung evenwel volgt deze redenering niet zo consequent en is daardoor van mening, dat de hysterie als ziekte wel degelik door de verdrongen complexen veroorzaakt wordt, hoewel de symptomen alleen kunnen ontstaan door de neiging tot bewustzijnsvernauwing, een neiging die gedurende het hele leven blijft bestaan.

Door de psycho-analytiese methode nu ook toe te passen op zijn praecoxpatienten, komt Jung, op gronden, die niet meer tegenwerpingen uitlokken, dan tegen de methode zelf te maken

zijn, tot de slotsom, dat ook de symptomen van deze lijders hun grond vinden in verdrongen complexen. En dit lijkt ook wel plausiebel, daar zo dikwels symboliese uitingen of handelingen door de patienten zelf soms spontaan in de zin van die complexen uitgelegd worden.

Maar de Dementia praecox vat Jung natuurlik niet op als veroorzaakt door de complexwerking alleen, want dan zou alle verschil met hysterie wegvallen. Hebben wij werkelik met twee verschillende ziekten te doen, dan moet er voor de Dementia praecox nog een factor bijkomen.

Om te bewijzen, dat Dementia praecox en hysterie als verschillende, scherp te onderscheiden ziektebeelden opgevat moeten worden, voert Jung verscheiden argumenten aan.

In de eerste plaats leidt hysterie nooit tot dementie, terwijl Dementia praecox, zo niet altijd, dan toch zeer dikwels met een dement stadium eindigt. En ook reeds vóór wij van een eigenlike dementie kunnen spreken zijn bij praecoxpatienten dikwels reeds verschijnselen aan te tonen, die het ontstaan er van plausiebel schijnen te maken. Wij hebben nl. te doen met een zekere stompheid van gemoed, een verlies van belangstelling voor wat er rondom gebeurt (apathie en autisme) die wel dikwels voor een begin reeds van dementie worden gehouden. Daardoor krijgt de gehele persoonlikheid iets stars en stijfs. Hij keert altijd weer terug tot dezelfde handelingen en uitingen en dat altijd op dezelfde stereotype wijze, het is — daar die ziekelike handelingen als complexuitingen worden beschouwd — of het complex in het bewustzijn verstijfd is. „Gerinnung des Komplexes" is het gelukkige beeld dat Jung, om zijn bedoeling uit te drukken, gevonden heeft. Deze verstijving is aan de hysterie ten enemale vreemd.

Verder is het Jung [1]) opgevallen, dat de gedachtengang van praecoxpatienten zoveel overeenkomst vertoont met die in dromen

---

[1]) en vele anderen.

van normalen. Ook in dromen hebben wij hetzelfde van de hak op de tak springen, dat wij bij zerfahren praecoxpatienten zo dikwels zien, ook in dromen worden dikwels allerlei personen en toestanden door elkaar gehaald, ook in dromen eindelik zien wij dezelfde redeneerfouten, als dageliks door praecoxlijders gemaakt worden: causaal verband wordt gelegd, waar het onmogelik is, tegenstrijdige uitspraken bezitten tegelijk geldigheid, onverklaarbare gebeurtenissen worden zonder onderzoek rustig aanvaard [1]).

In al deze opzichten komt handel- en denkwijze van hysterici veel meer met die van normale wakende personen overeen.

In navolging van Stransky eindelik heeft Jung een aantal vernuftige experimenten genomen met normale proefpersonen, waarbij zij op een toegeroepen prikkelwoord, zonder de opmerkzaamheid op het gesprokene te richten, een minuut lang voor het vaderland weg („ins Blaue hinein") moesten spreken, welke woorden dan stenographies of phonographies vastgelegd werden. Hierbij kwamen woordenreeksen voor den dag, die een treffende gelijkenis vertonen met de zerfahren verhalen van praecoxlijders. Wij kunnen daarin dus een aanwijzing zien, dat de praecoxlijders dikwels spreken zonder hun aandacht te hebben bij wat zij precies zeggen en hoe zij het uitdrukken; bij hysterie echter zien wij dergelijke uitingswijzen niet.

De Dementia praecox verschilt dus in hoofdzaken van hysterie door het optreden van dementie, het verstijfde der complexen, het zonderlinge gedrag van de patient en door zekere opmerkzaamheidsstoornissen, die de Zerfahrenheit in de hand werken. Hoewel Jung aan de complexwerking de grootste aetiologiese betekenis meent te moeten blijven toekennen, is het toch nodig voor al deze verschijnselen nog een bijkomende oorzaak te zoeken. Een volledige oplossing van dit probleem geeft Jung niet, het

---

1) B.v. een actio in distans, wanneer een paranoïede praecoxpatient meent vanuit een andere stad door zijn vijand lastig gevallen te worden, zonder zich af te vragen hoe deze dat van daaruit zou kunnen doen.

is alleen hypotheties, dat hij een toxine voor de verstijving der complexen verantwoordelik stelt, welk toxine dan tevens de opmerkzaamheidsstoornissen, de dementie en de eigenaardigheden van het verloop zou veroorzaken. De vraag waar dit toxine vandaan zou komen, meent Jung te kunnen beantwoorden, door aan te nemen, dat het emotionele complex bij Dementia praecox zoveel intensiever en dieper gaand is, dan bij hysterie of normalen, dat het tot de vorming van giftige stoffen aanleiding geeft.

Deze hypothese van Jung is vernuftig en heeft daardoor veel aantrekkeliks, maar is toch om verschillende redenen volstrekt onaanvaardbaar. In de eerste plaats zouden wij — wanneer werkelik alleen de grotere intensiteit van het emotionele complex voor het toxine en dus de verschillen met hysterie aansprakelik was — een vloeiende overgang tussen beide ziektebeelden moeten verwachten, evenals er een vloeiende overgang bestaat tussen de normale en de hysteriese psyche. Inderdaad zou de hysterie niets anders dan een tussenvorm tussen gezondheid en Dementia praecox moeten zijn. Dit strijdt niet alleen tegen alle tegenwoordig gehuldigde opvattingen over het wezen der beide ziekten, maar ook tegen de uiteenzettingen, waarin Jung zelf bewezen heeft dat er bij veel overeenkomst toch een fundamenteel verschil tussen beide bestaat.

Nu zou men wel kunnen aanvoeren, dat het toch niet nodig is, een geheel vloeiende overgang tussen hysterie en Dementia praecox aan te nemen, zodat een menigte gevallen, waarbij de complexwerking sterker is, dan bij gewone hysterie, maar niet sterk genoeg om een zo verstijfd en verwrongen ziektebeeld, eindigend met dementie, te voorschijn te roepen, als wij bij echte praecoxlijders zien, een tussenpositie moeten innemen, met misschien enkele gemaniereerdheden, een klein begin van dementie, zonder progressie en aan de andere kant een aantal karakteristieken van hysterie.

Want men zou kunnen onderstellen, dat het complex een bepaalde intensiteit moet bereikt hebben, voor er van toxinevorming sprake is, terwijl wanneer eenmaal die intensiteit bereikt

is ook opeens het toxine in grote hoeveelheid gevormd zou worden. Of het zou mogelik zijn aan te nemen, dat het complex veel dieper grijpt en veel meer zich vertakt bij de Dementia praecox, waardoor dan een andere werking ook verklaarbaar zou kunnen zijn. Deze andere werking bij Dementia praecox zou men dan weer op een andere aangeboren dispositie kunnen terugvoeren.

In al deze gevallen echter voert men zoveel hulphypothesen in, en geeft men zo gewrongen verklaringen, dat de waarschijnlikheid, dat Jung het bij het rechte eind zou hebben, al uiterst klein wordt.

Evenwel, nog een heel andere reden is er, waarom het mij onmogelik lijkt met Jung mee te gaan. De vraag rijst n.l. hoe een emotioneel complex een toxine zou kunnen doen ontstaan. En deze vraag is niet anders te beantwoorden, dan met een: onmogelik. Immers een emotioneel complex is een psychologies begrip, een toxine is een physies begrip: zij hebben dus niets met elkaar gemeen en er kan geen direct causaal verband tussen bestaan. De vraag of het physies correlaat van een te diepgaand emotioneel complex een toxine zou kunnen vormen is discutabel, maar dit physiese correlaat is tegenwoordig nog volkomen onbekend, ja zelfs weet men niet waar, in welk deel van het centraal zenuwstelsel men het zoeken moet, evenmin van welke aard, chemies, kolloïedchemies, of elektries het zijn mag, zodat het toch minstens wel zeer voorbarig mag heten daaraan de vorming van een toxine toe te schrijven.

Alleen een verwarring tussen de beide spheren: de physiese en de psychiese, die — men moge over hun onderlinge betrekkingen oordelen, zoals men wil: dit is zaak der metaphysica — scherp uit elkander dienen gehouden te worden, kan tot een hypothese als die van Jung leiden. Een zuiver psychies feit, als een emotioneel complex kan alleen een zuiver psychies gevolg hebben, zodat, wanneer wij een te intensief emotioneel complex als oorzaak van de symptomen van Dementia praecox willen aanzien, dit alleen mogelik is zonder tussenschakels die op zuiver physies terrein liggen. Een complex, dat alleen maar intensiever is dan

bij hysterie, kan echter geen qualitatief verschillend gevolg hebben: moet dus een zwaardere vorm van hysteriese symptomen geven, maar geen symptomen, die bij de hysterie niet thuis horen. Hier zou alleen een verschil in aangeboren dispositie ons weer redding kunnen brengen. De vraag is dan alleen nog maar, waarin die aangeboren dispositie bestaat.

Toch wil Jung juist graag een physiese — een „organiese" — oorzaak voor de Dementia praecox aannemen, omdat Dementia praecox tot de demente psychosen gerekend wordt en ook voor de andere demente psychosen organische oorzaken òf bekend zijn, òf verondersteld worden [1]). Het is echter bekend, dat ook hier de physiese oorzaken vele onderzoekers niet bevredigen, zodat zij naar het psychies correlaat ervan gaan zoeken, om zo een werkelik causaal verband tussen de — psychiese — symptomen te kunnen leggen. De somatiese verschijnselen kunnen natuurlik direct uit de physiese oorzaken worden verklaard. Eerst wanneer van elke ziekte, van elk symptoom zowel de psychiese als de physiese zijde bekend is en beide — op hun terrein — uit de grondoorzaken verklaard zijn, zullen wij een volledig beeld van de pathogenese bezitten.

Hoe belangrijk dus misschien de onbewuste complexwerking bij Dementia praecox ook zijn mag, er moet iets anders ter verklaring van het ziektebeeld bijkomen. Wat dit andere echter is, daarover kan Jung ons niet de minste opheldering geven.

Bleuler [2]), die evenals de beide vorige schrijvers de primaire symptomen van Dementia praecox op het spoor tracht te komen,

---

[1]) Dem. paralytica . . . lues.
Dem. senilis . . . hersenatrophie.
Dem. arteriosclerotica . . . arteriosklerose etc.
Voor epilepsie wordt een physiese oorzaak nog gezocht, maar wel verondersteld in een mechaniese of toxiese laesie van de hersenschors.

[2]) Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, in Von Asschaffenburg, Handbuch der Psychiatrie. 1911.

hecht aan het begrip primair symptoom een enigszins andere betekenis, dan men gewoon is. Reeds op blz. 21 zagen wij, hoe men van een grondsymptoom gewoonlik eist, dat het altijd aanwezig is, dat de andere verschijnselen der ziekte er uit kunnen worden verklaard en dat het het eerst optredende en langstblijvende van alle symptomen is. Bleuler evenwel geeft een andere definitie. Hij onderscheidt nl. van elkaar: 1^0. het ziekteproces zelf, 2^0. de primaire symptomen, 3^0. de secundaire symptomen. Het ziekteproces is de ontwikkeling van de anatomiese afwijkingen, zoals we ze aan de obduktietafel zouden kunnen zien, de primaire symptomen zijn die klieniese ziekteverschijnselen, die onmiddellik en noodzakelikerwijze door het ziekteproces veroorzaakt worden en de secundaire zijn de uitingen van de min of meer geslaagde pogingen van het organisme om zich aan de primaire veranderingen aan te passen. Zo vormen b.v. bij longtuberculose de tuberkels en infiltraten het ziekteproces, de percussie- en auscultatie-afwijkingen zijn de primaire symptomen, een eventuele dyspnoe: immers een poging van het organisme om met een snel verminderd ademhalingsoppervlak hetzelfde te praesteren als vroeger, moet evenwel als een secundair symptoom worden opgevat.

Over het algemeen zullen — welke van deze beide definities men ook kiest — wel dezelfde symptomen als primaire en als secundaire beschouwd worden. Want een symptoom dat noodzakelikerwijze door het ziekteproces veroorzaakt wordt, is altijd aanwezig; in het begin zullen de veranderingen zo gering zijn, dat het organisme zich nog niet op biezondere wijze hoeft aan te passen, terwijl dat bij een bijna genezen proces niet meer nodig is, zodat in die stadia geen secundaire symptomen bestaan. Daar de secundaire verschijnselen aanpassingen zijn aan de primaire veranderingen eindelik, kunnen zij ook uit die primaire veranderingen verklaard worden. Hier stuiten wij echter op een klein verschil: de aanpassing kan er nl. een zijn onmiddellik aan het ziekteproces, zodat ze dan ook hieruit en niet uit het primaire symptoom verklaard moet worden. Dit is in het boven

gegeven voorbeeld van de longtuberculose het geval: de dyspnoe is een gevolg van de snelle uitbreiding van het infiltraat en niet van de dempingen of de rhonchi, die wij percutoor of auscultatoor vinden. Ook bestaat de mogelikheid, dat een ziekteproces eerst als het op een bepaalde hoogte gekomen is een bepaald verschijnsel doet ontstaan, dat volgens Bleulers definitie dan een primair symptoom zou zijn, hoewel het niet altijd aanwezig is, met name juist niet in het begin van de ziekte en in het stadium van genezing.

Deze verschillen zijn niet groot: van meer belang is echter de vraag met welke definitie wij het gemakkelikst kunnen uitmaken of een symptoom primair of secundair is. Vrij gemakkelik is het om na te gaan of een symptoom altijd [1]) of maar zo nu en dan bij een ziekte voorkomt, of het het eerst komende en langst blijvende is. Alleen de verklaring der secundaire symptomen zal dikwels moeilikheden kunnen geven.

Maar om Bleulers definitie te gebruiken, moeten wij het ziekteproces kennen, omdat anders niet uit te maken is of een bepaald symptoom daarvan een onmiddellik en noodzakelik gevolg is. En in vele gevallen — vooral in de psychiatrie — weten wij van het anatomiese ziekteproces zelf weinig of niets af. Dikwels zal het verder van het subiectieve oordeel van de onderzoeker afhangen, of hij een of ander verschijnsel opvat als een onmiddellik gevolg van het ziekteproces, of als een min of meer gelukte aanpassing, dus als een secundair symptoom. Kiest hij het laatste, dan moet hij nog begrijpelik maken, hoe en waarom deze aanpassing ontstaat en dit kan weer precies eendere moeilikheden geven, als de verklaring der secundaire uit de primaire symptomen voor wie de eerste definitie gebruikt.

Daarom lijkt mij Bleulers definitie minder doelmatig dan de algemeen gebruikelike.

---

[1]) Wij moeten ons hier natuurlik tevreden stellen met de grote meerderheid der gevallen, daar er zich natuurlik altijd storende omstandigheden kunnen voordoen, die een symptoom verbergen kunnen.

De wijze echter, waarop Bleuler zijn definitie toepast op de Dementia praecox, schijnt mij aan nog groter bedenkingen onderhevig te zijn.

Hij houdt nl. ook hier streng vast aan zijn opvatting, dat het ziekteproces bestaat in de anatomiese, de „organiese" veranderingen, welke in de hersensubstantie tot stand komen. Als primaire symptomen moeten natuurlik in de eerste plaats beschouwd worden de lichamelike verschijnselen, die hij meent, dat onmiddellik aan die hersenveranderingen toe te schrijven zijn. Zo ontstaat b.v. zeer dikwels — en volgens Bleuler misschien wel altijd — hersenoedeem, hetgeen symptomen van verhoogde intracraniële druk zal geven. Hierop moet misschien een deel der katatone bewegingsstoornissen teruggebracht worden, hoewel deze lang niet altijd aanwezig zijn en er dus van de noodzakelikheid, waarmee het primaire symptoom uit het ziekteproces volgen moet, niet heel veel overblijft. Er zijn evenwel ook een aantal psychiese symptomen die Bleuler als primair beschouwt, die hij dus opvat als onmiddellik volgende uit het anatomiese ziekteproces. Daargelaten nu het feit, dat van deze hersenveranderingen met zekerheid nog helemaal niets bekend is, en er ook geen onderstellingen over gemaakt zijn, die algemene ingang gevonden hebben, zodat wij niet weten kunnen, welke verschijnselen uit die onbekende oorzaak onmiddellik volgen, kunnen wij hier ook weer dezelfde argumenten aanvoeren, die ook tegen Jung's leer van het toxine van kracht waren. Konden wij daar niet inzien, hoe het mogelik was, dat zuiver psychiese verschijnselen als emotionele complexen zuiver physiese, als het ontstaan van een giftige stof, tengevolge konden hebben, hier moeten wij dezelfde redenering in omgekeerde zin houden.

Verbreken en losser worden van associaties — een van Bleulers voornaamste primaire symptomen — is een zuiver psychologies begrip. Twee voorstellingen zijn geassocieerd, wanneer de ene de andere in het centrale bewustzijn roept. Verbroken is de associatie, wanneer een voorstelling, die vroeger een andere in het centrale bewustzijn riep, dit nu niet meer

doet. Wij bewegen ons hier dus op zuiver psychies terrein en de vraag is nu: hoe kan een anatomiese, physiese hersenverandering een gevolg hebben van psychiese aard? Dit is even onmogelik als het omgekeerde: een psychiese verandering tengevolge van een physiese, zooals Jung veronderstelde. Ook hier zou men kunnen tegenwerpen, dat het woordenzifterij is, hier zo de nadruk te leggen op de tegenstelling physies-psychies, daar men toch zonder bezwaar kan aannemen, dat het anatomiese ziekteproces het physiese correlaat van de associatieverbreking veroorzaakt. Om daarover een oordeel te kunnen hebben, moet men echter eerst het physiese correlaat van de associaties zelf kennen en ook hiervan is tot nu toe nog uiterst weinig bekend. Wel worden bepaalde vezels en bundels in de hersenen, welke verlopen tussen verschillende delen van de grijze substantie, zonder naar de peripherie te gaan met de naam associatiebanen aangeduid. Men heeft deze vezels dan ook werkelik wel eens willen opvatten als de dragers van de verbindingen tussen verschillende voorstellingen, welke men zich in de cellen van de hersenschors gelocaliseerd dacht. Deze beschouwingswijze echter geeft tot zeer grote moeilikheden aanleiding. In een hersencentrum: het gezichtscentrum b.v., waarin de gezichtsvoorstellingen gelocaliseerd zouden zijn, bevinden zich maar een beperkt aantal cellen. Het aantal waarnemingen dat wij doen, en het aantal voorstellingen dat wij kunnen krijgen, is echter vrijwel onbeperkt. Er zouden dus in één cel een groot aantal verschillende voorstellingen moeten opgehoopt zijn, hoewel wij niet bemerken, dat als zo'n „cel in prikkelingstoestand verkeert", m. a. w. als een dier voorstellingen centraal bewust wordt, steeds een groot aantal andere gezichtsvoorstellingen mee opduikt, zonder van de eerste ook maar een ogenblik losgemaakt te kunnen worden.

Ook zou elke cel — daar immers elke voorstelling met een onnoemelik aantal andere van de meest verschillende soort geassocieerd is — met bijna alle andere cellen der grijze substantie door vezels verbonden moeten zijn. Er zijn echter maar zeer weinig vezels, die de gangliëncel verlaten.

Deze argumenten tegen het localiseren van voorstellingen en associaties in bepaalde cellen en vezels, welke overigens al oud en zeer bekend zijn, voert Bleuler zelf ook aan. Het is dus duidelik, dat hij zelf zijn associaties ook wel degelik als zuiver psychiese feiten wil beschouwd zien.

Hetzelfde geldt voor de andere primaire symptomen van Bleuler, voor zover zij psychies zijn. Of zij op het gebied der voorstellingen, aandoeningen, oordelen of wilsverschijnselen liggen, nooit is met enige zekerheid iets over hun physies correlaat te zeggen, zodat afwijkingen ervan niet uit een anatomiese hersenverandering verklaard kunnen worden. Bleuler probeert dit ook zelf niet, daar hij al deze grondsymptomen evenzeer als de associatieverbreking als psychies opvat.

Nog zou men een andere beschouwing kunnen beproeven: nl. door in de plaats van het organiese ziekteproces in de hersenen het psychiese correlaat daarvan te stellen. Ook in dit geval zouden wij een zuivere probleemstelling hebben, nl. de vraag: hoe kunnen de primaire symptomen onmiddellik uit dit psychiese ziekteproces verklaard worden? Alleen moet dan allereerst de andere vraag onder ogen gezien worden, waarin dan dat psychies ziekteproces bestaat. Waarom Bleuler hieraan in het geheel niet toekomt, zal later nog nader moeten worden onderzocht.

Het is echter beter eerst na te gaan, welke betekenis de secundaire symptomen, voor zover ook zij van psychiese aard zijn, volgens Bleuler hebben. Volgens de definitie zijn het de uitingen van de pogingen om zich aan de primaire verschijnselen aan te passen; de uitdrukking: reakties van de kant van het ongeschonden deel der psyche op de primaire veranderingen, welke Bleuler op andere plaatsen gebruikt, komt vrijwel met de eerste formulering overeen, legt alleen de nadruk wat meer op de normale oorsprong dezer reakties. Een andere tegenstelling evenwel, tussen de primaire en secundaire symptomen, die voor de schrijver onmiddellik uit de definities voort te vloeien schijnt, is merkwaardiger om de nieuwe moeilikheden,

welke er aanstonds door oprijzen. De primaire symptomen toch moeten volgens hem aan organiese, de secundaire aan psychiese oorzaken worden toegeschreven („organisch" en „psychisch bedingt"). En het is nu juist de eigenaardige betekenis, welke Bleuler aan die psychiese oorzaken tegenover de organiese toekent, welke de bovengenoemde nieuwe moeilikheden veroorzaakt. Deze psychiese oorzaken zijn nl. niet — zoals men verwachten zou — alle mogelike veranderingen, die in het bewustzijn tot stand komen, zich uitende tengevolge van het aanwezige ziekteproces in bepaalde verschijnselen, maar slechts bewustzijnsverschijnselen van zeer bepaalde aard en wel emoties door de veranderde psychiese gesteldheid gewekt. Deze emoties liggen dan ten grondslag aan de reakties, die de patient vertoont op zijn primaire symptomen.

Wij hebben hier blijkbaar te doen met een zeer eigenaardige opvatting van het begrip psychiese oorzaken („psychisch bedingt"). Wat niet als een emotionele reaktie kan worden opgevat, schrijft Bleuler toe aan organiese oorzaken en rekent hij dus per definitionem tot de primaire symptomen. Hiermee heeft hij zich echter een heel eind verwijderd van zijn oorspronkelike definitie van het verschil tussen primair en secundair, daar daarin alleen maar sprake is van al of niet onmiddellik uit het ziekteproces voortvloeien. Duidelik is het allerminst, dat de vraag of een bewustzijnsverschijnsel een emotionele reaktie is of niet, met de vorige te identificeren is. Bewijzen voor deze gelijkstelling geeft Bleuler evenwel niet; de gecompliceerdheid en het enigszins verwarde van zijn systeem van primaire en secundaire symptomen is m.i. dan ook niet voldoende gemotiveerd en had door het aanvaarden der meer gebruikelike criteria vermeden kunnen worden.

Maar hoe kan men er toe komen — vragen wij verder — de secundaire symptomen als alleen door emoties veroorzaakt te beschouwen, wanneer men eenmaal aangenomen heeft, dat zij uit psychiese en de primaire uit organiese oorzaken te verklaren zijn? In Bleulers boek vinden wij ook op deze vraag geen antwoord, maar toch vestigt de lezing ervan — evenals van de

geschriften van Jung, Jelgersma en andere psycho-analysten — de indruk, dat al deze schrijvers voor voorstellingen, gewaarwordingen, associaties en ook voor bewegings-impulsen wel een physies correlaat menen te moeten aannemen, voor emoties daarentegen niet. Indien dit werkelik hun opvatting is, is het meteen duidelik, dat er voor hen dan geen mogelikheid bestaat, de emotionele reakties anders dan uit alleen psychiese oorzaken af te leiden; zij kunnen dan niet, wat Bleuler noemt organisch bedingt zijn. De afwijkingen op het gebied van waarnemingen, voorstellingen, associaties [1]) en bewegingsverschijnselen kunnen dit echter wel zijn en Bleuler neemt het ook met een zekere voorliefde aan. Blijkbaar beschouwt hij het wezen der ziekte — altans het wezen van een demente psychose, hetgeen Dementia praecox volgens hem zonder twijfel is — wel als een „organiese" hersenafwijking. Misschien is deze opvatting toe te schrijven aan het feit, dat Gruhle in zijn artiekel over de psychologie der Dementia praecox [2]) noemt, dat Bleuler nog wortelt in de materialistiese opvattingen der 19e eeuw [3]). Want alleen het feit, dat bij sommige demente psychosen hersenafwijkingen bekend zijn [4]), die de ziekteverschijnselen daar niet eens genoegzaam verklaren, rechtvaardigt toch niet de conclusie, dat elke demente psychose geheel uit anatomiese hersenveranderingen te verklaren moet zijn. Hoe het zij, deze opvatting zou de vraag oplossen, die op blz. 41 opgeworpen werd: Waarom Bleuler niet beproefde zijn primaire psychiese symptomen in plaats van uit het organiese ziekteproces in de hersenen, uit het psychiese correlaat daarvan af te leiden.

---

1) en ook van de oordelen, die volgens Bleuler niet anders dan bepaalde vormen van associaties zijn. Een apart element van „werkelikheidsbewustzijn" erkent hij er niet in. De logies juiste gedachtengang is volgens hem de gedachtengang, die blijkens de ervaring tot prakties de beste resultaten leidt: kennis-theoreties dus positivisties gedacht.

2) Zt.schr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie 8. 4/5. '22.

3) Een zuiver materialist is Bleuler in elk geval niet, daar hij in dat geva ook voor de emoties een physies correlaat niet alleen aannemen, maar zelfs als het wezenlike beschouwen moest. Ook beschouwt hij b.v. de hysterie als geheel „psychogeen."

4) Zie blz. 36.

Het is nu gewenst een beschouwing te houden over de afzonderlike primaire symptomen, en dat wel vanuit het gezichtspunt van het meest gebruikelike criterium ervoor: aanwezigheid bij alle gevallen, vroegst en laatst aanwezig zijn, en mogelikheid geven van verklaring der overige, secundaire verschijnselen. Met Bleulers eigen criteria toch komen wij, zoals uit het voorgaande moge gebleken zijn, niet tot goede resultaten.

Het voornaamste primaire symptoom volgens Bleuler — wij zagen het reeds — is wel het losser worden van alle, het verbreken van vele associaties. In zijn latere geschriften [1]) nog meer, dan in zijn boek van 1911 legt hij de nadruk op dit ziekteverschijnsel, waaruit hij bijna het gehele ziektebeeld meent te kunnen overzien.

Kunnen wij nu inderdaad bij alle of de meeste praecoxgevallen van een losser worden der associaties spreken? Zien wij dus, dat voorstellingen, die vroeger geregeld bepaalde andere plachten in het bewustzijn te roepen, dit nu zeldzamer of langzamer of zelfs helemaal niet meer doen? Wanneer wij — zoals dat voor het opmaken van een volledige status psychicus gebruikelik is — een associatieproef doen, door de patient telkens een woord toe te roepen, waarop hij dan met het eerste hem invallende woord te antwoorden heeft, krijgen wij zeer dikwels van praecoxpatienten lijsten, die van normalen weinig of niet verschillen. Even snel komen dikwels geheel gelijksoortige associaties te voorschijn. Bij opgewonden of sterk gepraeoccupeerde patienten is dit natuurlik niet het geval en bij dergelijke patienten zien wij dan ook massa's perseveraties, uiterlike associaties, onzinnige associaties en sterk verlengde reaktietijden, maar zij verkeren in een zo geheel andere bewustzijnstoestand, dat zij met normalen niet te vergelijken zijn. Veeleer moeten zij vergeleken worden met lijders aan andere psychosen, die in een soortgelijke bewustzijnstoestand: praeoccupatie, exaltatie,

---

[1]) Bleuler. Störung der Assoziationsspannung ein Elementar-Symptom der Schizophrenien. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 4. 1. '18.
Bleuler. Schizophrenie und psychologische Auffassung. Idem 6. 2. '20.

ook: diffuus bewustzijn, verkeren, welke ook allerminst onberispelike associatielijsten leveren.

Toch zijn er natuurlik in het ziektebeeld der Dementia praecox talrijke trekken, die aan losser worden der associaties doen denken en die dan ook Bleuler ongetwijfeld op zijn denkbeelden hebben gebracht. Hij zelf voert als argumenten aan: de versplintering en verschuiving, die de begrippen ondergaan, hun onduidelik worden, de fouten, die er in het oordelen, in het denken optreden en de soms abrupte afdwalingen, die de gedachtengang vertonen kan. Wanneer een patient zijn vader als zijn moeder betietelt, schrijft Bleuler dit toe aan een associatiestoornis, waarbij van het begrip moeder alleen nog het ouderlike is overgebleven, maar de associatie met het geslacht en met alles, wat wij als specifiek moederlik plegen te beschouwen, verloren is gegaan. De associatie tussen het begrip kanonneerboot en onze moderne tijd is verbroken bij een patient, die de klassieke Akropolis met kanonneerboten belegeren laat, of het begrip kanonneerboot of Akropolis zelf is door associatiestoornis vaag en onduidelik (verschwommen) geworden. Het denken verlaat door dezelfde oorzaak de banen der logica (Geleise der Logik), welke ons door de ervaring worden aangegeven [1]) en komt zo tot foutieve oordelen, d.w.z. oordelen, die in ons systeem van ervaringen niet passen. Wanneer een patient in zijn Zerfahrenheit zijn handtekening niet afmaakt, maar na de beide eerste letters er plotseling een heel ander woord van maakt, berust dit op een los zijn van de associatie tussen de reeds opgeschreven letters en patients naam, welke vervangen wordt door een toevallig zich opdringende, uiterlike associatie.

Wanneer wij echter dit alles nader beschouwen, dan kunnen we toch moeilik een verbreken der associaties de gehele schuld van deze afwijkingen geven. Zo zou b.v., wanneer een begrip niets anders was dan een associatieve verbinding van een aan-

---

1) Geleise der Logik en Geleise der Erfahrung zijn voor Bleuler ongeveer hetzelfde. Hij gebruikt de woorden door elkander.

tal voorstellingen, het vaag worden ervan, of het gaan ontbreken van een essentieel kenmerk van het begrip, alleen kunnen verklaard worden door associatieverbreking of door het verloren gaan van een aantal voorstellingen. Waar dit laatste nu volgens Bleuler zowel als volgens de meeste andere onderzoekers niet plaats heeft bij Dementia praecox (zie ook blz. 86), blijft voor hem alleen de eerste mogelikheid over. Onder begrip verstaat men echter: een scherp omlijnde voorstelling, of een voorstelling, waarvan men zich nauwkeurig rekenschap gegeven heeft, welke kenmerken zij inhoudt, welke eigenschappen aan het ding, waaraan die voorstelling beantwoordt, toekomen. Dit zich rekenschap geven — meestal abstractie — is een intellectuele werkzaamheid, een denken, waarvan het begrip een resultaat is. Vaag worden van begrippen, of het gaan ontbreken van kenmerken kan dus ook de schuld zijn van die denkwerkzaamheid, en daar wij nu experimenteel in de associaties lang niet altijd de gepostuleerde afwijkingen vinden, ligt het voor de hand, die minstens met evenveel hoop op succes in het denken te zoeken. Denkfouten evenwel berusten, zoals boven is aangegeven, volgens Bleuler ook steeds op associatiestoornissen. Dit komt, doordat hij denken met associëren vereenzelvigt en wel met associëren in de richting door de ervaring gewezen. Oordelen — van het denken het resultaat — zijn associatieve voorstellingsverbindingen, in overeenstemming met de ervaring, zo ze juist, daarmee in tegenspraak, zo ze onjuist zijn. Dat een oordeel nog iets meer is, dan een verbinding van voorstellingen, en dat dat meerdere het juist eerst tot een oordeel maakt, erkent Bleuler niet, spreekt hij zelfs in zijn laatste artiekel uitdrukkelik tegen. Het verschil in betekenis tussen: „gras is groen" en „groen gras" zal hij dus niet terugvoeren op een „werkelikheidsbewustzijn", dat bij het oordeel voorhanden is, bij de associatie niet, maar waarschijnlik op een associatie met het begrip van het actueel zijnde, dat in het oordeel wordt uitgedrukt door het woord „is" en in de associatie ontbreekt.

Het actueel zijnde is echter voor gewone, niet aan wetenschap of philosophie doende mensen geen begrip, zelfs geen

voorstelling en kan bovendien geen rekenschap geven van de eeuwige geldigheid, die wij aan ware oordelen toekennen. Wel echter is er in ons, bij ieder oordeel, dat wij vellen, een bewustzijn van die geldigheid, een bewustzijn van de overeenkomst tussen werkelikheid en begrip, dat het essentiele van het oordeel uitmaakt en dat dikwels „werkelikheidsbewustzijn" genoemd wordt. Denken is het verwerken van oordelen volgens de wetten der logica, om zo tot nieuwe oordelen te komen, wetten, die ook alweer niet uit de ervaring gedestilleerd worden, maar die nu eenmaal ons denken beheersen, zoals de wetten der mechanica de werkingen der lichamen op elkander, zodat ieder oordeel volgens die wetten tot stand komt. Een onwaar oordeel is dan ook niet buiten die wetten om tot stand gekomen, maar alleen zijn niet alle nodige praemissen, welke wel in de ervaring gegeven kunnen zijn, ervoor gebruikt. Hieraan is toe te schrijven, dat het niet in ons systeem der ervaringen past.

Het denken bij Dementia praecox verwijdert zich dus ook niet van de „banen der logica" maar maakt, wanneer het tot onjuiste slotsommen leidt, gebruik van onvoldoende, of ook reeds onjuiste praemissen. Het denkproces zelf kan dus door verbroken associaties niet beinvloed worden, daar het geen associëren is, maar het associëren eraan voorafgaat.

Dat de praecoxlijder in een gegeven geval echter over onvoldoende praemissen beschikt, zou natuurlik zijn oorzaak wel kunnen vinden in het verbroken zijn van associaties, waardoor zij niet in zijn bewustzijn opduiken. Hoewel dit niet Bleulers bedoeling schijnt te zijn, moeten wij er toch even onze aandacht aan wijden. Dan blijkt, dat even goed andere oorzaken voor dit ontbreken van voldoende praemissen aansprakelik gesteld kunnen worden, zoals verwaarlozen van bepaalde gegevens onder invloed van emoties, lage bewustzijnsgraad; eenmaal bestaande waandenkbeelden kunnen valse praemissen geven, evenzo hallucinaties. Nemen wij echter juist het verbreken van associaties aan, dan geeft dit tot zeer grote willekeur aanleiding, daar wij voor elk foutief oordeel dan enige associaties als verbroken, andere als losser geworden, nog andere als onbeinvloed

moeten beschouwen. Als een algemeen symptoom kunnen wij dan een dergelijk verschijnsel, dat bovendien experimenteel niet bevestigd wordt, moeilik opvatten.

Bleuler neemt in de laatste tijd — 1918-'20 — een zekere kracht (ein dynamisches Etwas) aan, die de geassocieerde voorstellingen te zamen houdt en die hij schakelspanning (Schaltspannung) noemt. Deze kan in intensiteit wisselen en dit moet Bleuler ook wel onderstellen, daar anders de verschijnselen van Zerfahrenheit en negativisme en versperring niet door losser worden der associaties verklaard kunnen worden. Bij dezer fahren praecoxlijder zien wij nl. soms een abrupt afbreken van de gedachtengang om in een andere lijn door te gaan, dan weer dat dezelfde of ongeveer dezelfde gedachtengang ten einde toe goed volbracht wordt. Negativisme en versperring komen volgens Bleuler beide voort uit de zgn. ambitendentie van de wilsverschijnselen, ruimer nog de ambivalentie van alle bewustzijnsinhouden: d.w.z. elk ding en zijn tegengestelde vertegenwoordigen voor de praecoxlijder op elk ogenblik dezelfde waarde. Doordat geen van twee tegengestelde motieven de voorrang heeft, blijft een handeling uit, hetgeen 't wezen der versperring uitmaakt: negativisme wordt het, wanneer het motief, tegengesteld aan het door de omgeving verwachte of geëiste, de overwinning behaalt. Maar èn versperring èn negativisme kunnen telkens weer ontbreken of ook op elk moment opgeheven worden, zodat de associatiestoornis, die Bleuler er aan ten grondslag legt: nl. het ontbreken van een voldoend vaste associatie tussen doelvoorstelling en voorstelling van de onmiddellik nodige handeling, ook wisselen moet.

Deze stoornis gelooft Bleuler nu begrijpeliker te kunnen maken door er een wisseling in de spanning: een soort psychiese kracht of energie aan ten grondslag te leggen. Normaal zou die spanning geringer zijn in de slaap en in de droom, pathologies bij Dementia praecox. Maar daar hij juist slaap en droom als karakteristiek noemt, welker wezen een bewustzijnsverlaging is, is de stoornis bij Dementia praecox niet in staat alles duidelik

te maken, daar deze ziekte toch nog wel wat meer, dan alleen maar een bewustzijnsverlaging is.

Daar dus de associatiestoornis lang niet altijd bij Dementia praecox experimenteel aan te tonen is en ook heel veel symptomen onverklaard laat, kunnen wij ze moeilik als een primair symptoom beschouwen.

Een ander verschijnsel, dat Bleuler tot de primaire symptomen rekent, is de stemmingsverandering, hetzij in positieve, hetzij in negatieve zin, die wij in de maniakale en melancholiese buien van zoveel praecoxlijders vinden. Hij beschouwt deze dus niet als een reaktie, 't zij natuurlik, 't zij overdreven, 't zij misschien geheel inadaequaat, maar dan toch als een reaktie op gebeurtenissen in de buitenwereld of in het bewustzijn van de patient, maar als veranderingen, waarvan de oorzaak — voorshands nog zonder succes — in het ziekteproces zelf te zoeken is.

Het is eigenlik niet geheel duidelik, of Bleuler hier het oog heeft op de gehele melancholiese, resp. maniese toestand in zijn geheel, dus of hij de stemmingsverandering tegelijk met de remming of de bewegingsdrang als grondsymptoom opvat, dan wel de stemmingsverandering op zich zelf die waarde toekent. Het eerste lijkt mij waarschijnliker, omdat hij als reden, waarom hij deze symptomen voor primair houdt, opgeeft: het niet kunnen verklaard worden uit de associatiestoornis of andere primaire symptomen. Daar nu evenwel bij de manies-depressieve psychose dezelfde symptomen primair zijn, zou in dat geval Dementia praecox zich van deze ziekte niet qualitatief, maar alleen quantitatief: door het hebben van meer primaire symptomen onderscheiden. Er zou dan in elk geval een grote mate van verwantschap tussen beide ziekten bestaan, wat een bevestiging schijnt te vinden in de dikwijls uiterst moeilike differentiële diagnose tussen manies-depressieve psychose en de melancholiese of maniese stadia van Dementia praecox. Bleuler evenwel beschouwt beide ziekten wel als principieel geheel verschillend, wat vooral tot uiting komt in zijn uitdrukkelik postuleren van een lichamelike grondafwijking in de hersenen

bij de praecoxlijders, terwijl de manies-depressieven deze volgens hem niet behoeven te vertonen. Deze strenge scheiding trouwens maken — hoewel om telkens weer andere redenen — met hem alle andere moderne auteurs.

Dan echter is het gevaarlik en zeker niet geheel consequent voor beide ziekten gelijke grondsymptomen aan te nemen.

Wanneer wij nu onze eisen voor primaire symptomen op de stemmingsveranderingen gaan toepassen, dan blijkt, dat wij hier van primaire symptomen in de gebruikelike betekenis niet spreken kunnen. Want van algemene bekendheid is het toch, dat maniese en melancholiese stadia altijd bij de paranoïede vorm ontbreken, zeer dikwels ook bij de hebephrene en katatone vormen van Dementia praecox. Dat de ziekte met een manies of melancholies stadium begint, komt nog al eens voor bij katatonie of hebephrenie, maar dat de stemmingsverandering ook tot de langst blijvende symptomen behoort, zien wij uiterst zelden en dat ze nooit tussentijds is verdwenen, eigenlik nooit. Andere symptomen eruit verklaren gaat natuurlik evenver als bij de manies-depressieve psychose; er blijven altijd nog vele hierdoor onverklaarde verschijnselen over, welke Bleuler dan natuurlik op rekening van zijn andere primaire symptomen schuift.

Hiertoe hoort verder in de eerste plaats de dementie. Door dit als grondsymptoom te beschouwen, komen wij geheel in tegenspraak met de vroegere opvattingen, die immers altijd spraken van een secundaire dementie, daarbij het bijkomstig karakter nadrukkelik uitsprekend. Er is maar één vorm van Dementia praecox, welke deze opvatting onvoorwaardelik gelijk te geven schijnt: de Dementia simplex nl., die meestal tot de hebephrenie gerekend wordt. Het ziekteproces zou hier in niets anders bestaan, dan in een steeds voortschrijdend afstompen van de geestelike functies, een steeds verder gaande dementie zonder andere symptomen. Zuiver is deze vorm echter uiterst zeldzaam: er zijn bijna altijd wel andere ziekteverschijnselen ook te vinden, zodat het voorkomen ervan dan ook aan ernstige twijfel onderhevig is. Bovendien hebben wij er ook veel meer

te maken met een vermindering van de belangstelling dan met achteruitgaan van de verstandelike funkties, die dikwels gebleken zijn nog jaren lang volkomen goed te blijven.

Over het algemeen bestaat er tegenwoordig veel verschil van mening over de vraag, of er wel werkelike dementie bij Dementia praecox voorkomt. Dat hieromtrent — ondanks de goed ontwikkelde methoden tot intellectsonderzoek, die de verst gevorderde der psychologiese methoden zijn — nog zoo diepgaand meningsverschil kan bestaan, wordt veroorzaakt door de grote moeilikheden een betrouwbaar intellectsonderzoek bij praecoxlijders te verrichten. Negativisme, versperring, stupor, Zerfahrenheit, waandenkbeelden, bewustzijnsinzinkingen, etc., vormen even zoveel oorzaken voor onbetrouwbare, maar schijnbaar zeer slechte uitkomsten van de proeven tot vaststelling van het intellect genomen. En daar bij een praecoxlijder op de hoogte van zijn ziekte zelden al dergelijke stoornissen ontbreken, zien wij dikwels een schijnbaar slecht intellect. Schijnbaar, want in genezen of altans veel verbeterde gevallen is reeds zo dikwels gebleken, dat later van een achteruitgang van het verstand niets te bespeuren viel. Hetzelfde vond men ook wel, bij niet genezen, of verbeterde, maar rustiger geworden gevallen, die daardoor beter voor onderzoek geschikt waren geworden. Moeilike vraagstukken weten soms zelfs ook de meest zerfahren patienten nog goed op te lossen. Bleuler kent deze feiten natuurlik ook wel; hij wil daarom de graad der Dementie niet afmeten naar de moeilikheid der vraagstukken, die niet meer opgelost kunnen worden, maar naar het aantal gedebiteerde domheden. Waar evenwel domheden zo vaak gezegd of gedaan worden — in het normale leven — niet omdat het aan intellect ontbreekt, maar omdat dit door een of andere oorzaak niet in werking gesteld wordt, en dergelijke oorzaken bij Dementia praecox in zo overgrote hoeveelheid voorhanden zijn, kunnen wij een dergelijke maatstaf voor het voorkomen van dementie toch niet gebruiken.

Het is dus lang niet zeker, of dementie bij alle praecoxgevallen voorkomt, zeker is het echter geen van de eerst aanwezige verschijnselen; veel andere symptomen ermee ver-

klaren kunnen wij niet: als primair symptoom mogen wij het dus niet opvatten.

Stuportoestanden, voor zover niet verklaarbaar uit angst, versperring, negativisme, bewustzijnsinzinkingen, beschouwt Bleuler ook nog als primair. Behalve de angststupor echter vertonen alle andere vormen onderling zoveel overeenkomst, dat we moeilik bij de ene patient ze als secundair, bij de andere als primair kunnen opvatten. Bovendien zijn er veel praecoxpatienten, die nooit een stupor doormaken, is het zelden een begin- of eindsymptoom en duurt het vrijwel nooit de gehele ziekte door. Ook dit is dus geen grondsymptoom in de gebruikelike betekenis.

Van een heel andere kant eindelik heeft Stransky [1]) het probleem aangepakt. Het wezen, de grondafwijking der Dementia praecox ziet hij in een afname der intrapsychiese coördinatie, waardoor hij vooral de bizarheden in het verloop, de Zerfahrenheit en het uiteenvallen der persoonlikheid recht meent te kunnen laten wedervaren. Evenals ingewikkelder bewegingen van de hand, als schrijven, pianospelen e. d. niet behoorlik uitgevoerd kunnen worden, zonder een goede onderlinge samenwerking der spieren en evenals er aandoeningen bestaan, waarbij die samenwerking heeft geleden, zonder dat aan de funktie van elke spier afzonderlik afbreuk is gedaan, zo kan volgens Stransky het psychiese leven niet behoorlik van stapel lopen zonder een goede samenwerking tussen de verschillende funkties — waarneming, denken, oordelen, voelen, willen — die alle precies in elkaar moeten passen en is juist Dementia praecox de aandoening, waarbij die coördinatie geleden heeft, zonder dat de enkele funkties — altans in 't begin — schade geleden hebben. Dikwels krijgen wij de indruk, dat de uitingen van een praecox-lijder slecht bij elkaar en bij de indrukken, die hij vanuit de omgeving krijgt, passen. Gewaarwordingen wekken voorstellingen, die bij normale personen niet zouden optreden, een ander oordeel dan

---

[1]) Dementia praecox. 1908.

wij over een gegeven situatie zouden vellen, komt voor den dag, de patienten handelen in duidelike emotionele toestanden anders dan wij van een normale in die omstandigheden zouden verwachten. Ook de „Zerfahrenheit" in denken en spreken, het door nietige aanleiding afglijden van de ene associatiereeks in de andere, het soms naast elkaar aflopen van twee gedachtengangen in het bewustzijn, doen denken aan een gebrek aan eenheid in het zieleleven.

Nu onderscheidt Stransky verder twee gebieden van het bewustzijn, die hij min of meer als tegenstellingen opvat: de Noöpsyche en de Thymopsyche. De Noöpsyche is het gebied der gewaarwordingen, waarnemingen, voorstellingen, associaties en het oordelen, die onderling wel meer of minder goed gecoördineerd kunnen zijn, maar toch veel meer een natuurlike eenheid zijn tegenover de funkties die de Thymopsyche vormen. Deze is het gebied van de aandoeningen, van het begeren, streven, willen en handelen en vormt tegenover de Noöpsyche ook een zekere eenheid. De innige betrekking, die er tussen aandoeningen en wilsverschijnselen bestaat, was aanleiding voor Stransky om ze in één gebied van het bewustzijn samen te brengen. En de invloed, die emoties en begeerten op het denken, het verloop der associaties, op de waarnemingen kunnen uitoefenen, zó dat zij zonder deze vaak zuiverder en meer correct schijnen te verlopen, en dus aandoeningen en begeerten als storende omstandigheden schijnen te werken, deed Stransky ze als antagonisties aan deze funkties, die hij in het gebied der Noöpsyche dan samenbracht, beschouwen.

In deze beschouwing spreekt het van zelf, dat voor een goede afloop van het psychies gebeuren vooral de coördinatie tussen Noöpsyche en Thymopsyche goed moet zijn, en dat een stoornis ervan zich het spoedigst en het hevigst zal merkbaar maken in een slechtere samenwerking van deze twee gebieden. En dit vindt Stransky bij Dementia praecox dan ook inderdaad. Als voorbeeld noemt hij het dikwels voorkomen van de algemeen bekende inadaequaat emotionele reaktie: het uitblijven van elke of het optreden van een aan de te verwachten uiting tegen-

gestelde reaktie in toestanden, die bij normalen bepaalde emotionele reakties te voorschijn zouden roepen. Een patient kan lachend vertellen, dat hij gedood zal worden, huilend dat hij zich zo fris en gezond voelt. Ook negativisme, versperring, stupor, perseveraties, stereotypieën en manieren worden als toestanden, waarin geen voldoende verband tussen voorstellingen en wilsverschijnselen bestaat, als uitingen van deze coördinatiestoornis opgevat. Evenzo de onverschilligheid, die de hebephreen kenmerkt en de ongemotiveerde argwaan van de paranoïede lijder.

Wij kunnen ook werkelik vanuit dit gezichtspunt ongeveer het gehele beeld der Dementia praecox overzien, wat de grote verdienste is van de door Stransky opgestelde hypothese. Het is echter de vraag, of wij de naam grondsymptoom aan zijn coördinatiestoornis mogen toekennen. Deze schijnt mij veeleer een eigenschap, die aan alle of altans een zeer groot deel der symptomen is toe te kennen, dan een symptoom, dat aan de andere causaal ten grondslag ligt. Zeker is, dat de gewone criteria voor een primair symptoom er niet op kunnen worden toegepast, want de coördinatiestoornis op zich zelf kunnen wij niet aantonen, daar zij zich alleen openbaren kan door middel van verschijnselen, die gecoördineerd behoren te wezen. Waar er geen methode bekend is of door Stransky wordt aangegeven, om deze stoornis te leren kennen uit andere verschijnselen, dan de klieniese symptonen zelf van de psychose en het natuurlik a priori voor ook denkbaar gehouden moet worden dat daaraan iets anders ten grondslag ligt, kunnen wij niet vaststellen, of de afwijking in de coördinatie bij alle praecoxgevallen voorkomt en daar de eerst aanwezige en langst blijvende abnormaliteit uitmaakt. Wat eindelik de verklaring der andere symptomen uit dit „grondsymptoom" betreft, zo is het de vraag, of wij daarvan hier met recht kunnen spreken. Want, zoals boven reeds werd opgemerkt: de coördinatiestoornis is eigenlik geen symptoom en met een verklaring der verschijnselen, zoals bij melancholie uit remming en depressie, bij Dementia praecox zelf uit een associatiestoornis, zoals Bleuler beproefd heeft, hebben wij hier niet te doen. Het is niet een causale samen-

hang, die ons bevredigt, welke Stransky hier gevonden heeft, maar een bepaald element, dat in allerlei verschijnselen van Dementia praecox is terug te vinden en deze wel van uit één gezichtspunt bekijken doet en dus als wettelikheid zijn grote waarde heeft, maar ons toch nog verlangen doet naar iets achter die wettelikheid, dat ons de samenhang volkomen ophelderen moet.

Een coördinatiestoornis: d.w.z. een gebrek aan samenhang en harmonie tussen de verschillende psychiese funkties, kunnen wij dus, niet als primair symptoom, maar wel als een element tot het wezen der ziekte behorende, aannemen, maar de wijze waarop Stransky meent, dat deze het meest tot uiting komt, lijkt mij nog aan bedenkingen onderhevig. De splitsing van het bewustzijn nl. in Noöpsyche en Thymopsyche heeft misschien op het eerste gezicht wel veel aantrekkeliks, omdat de tegenstelling uit het dageliks leven: Verstand en Gevoel (Geest en Gemoed) er als het ware in bekrachtigd wordt, maar heeft toch haar zwakke zijden. Want de indruk wordt erdoor gevestigd, dat er een nauwere verwantschap zou bestaan tussen waarnemingen, voorstellingen met hun associaties en denken met de daaruit resulterende oordelen enerzijds, tussen aandoeningen en wilsverschijnselen andererzijds, terwijl deze beide groepen door een diepe kloof gescheiden zouden zijn. Maar wij kunnen aan de ene kant vaststellen, dat waarnemingen, d.z. voorstellingen vanuit de buitenwereld in ons bewustzijn gekomen, en voorstellingen even weinig gemeen hebben met het werkeliksheidsbewustzijn, dat het kenmerkende is der oordelen, als met emoties en wilsverschijnselen, of deze onderling. Aan de andere kant echter is het bekend, dat de psychiese wetten, waarvan die der remming wel een der voornaamste voorbeelden is, op alle gebieden in dezelfde mate en op dezelfde wijze gelden. Dit moet ons er dan ook voor behoeden vier afzonderlijke gebieden van het bewustzijn te onderscheiden. Wij doen integendeel veel beter, het bewustzijn zoveel mogelik als een eenheid te beschouwen.

Dat Stransky toch een Noöpsyche tegenover een Thymo-

psyche meent te moeten stellen, komt waarschijnlik doordat het oordeel, dat hij tot de eerste rekent, zo dikwels vervalst, bijna altijd beinvloed wordt door de aandoeningen, die tot de laatste behoren. Een door toorn vervoerde, door smart terneergeslagene, heeft minder kans een juist oordeel te vellen, dan iemand in een kalme stemming, omdat niet alle voorstellingen, die bij het tot stand komen van een juist oordeel een rol zouden moeten spelen, hem op dit oogenblik ten dienste staan. De waarheidswaarde van het oordeel wordt door de emoties beinvloed.

Juist om de nauwe betrekkingen tussen emoties en wilsverschijnselen rekent Stransky ze echter tot hetzelfde gebied. Maar passen wij hier een soortgelijk criterium toe, dan zien wij, dat ook onder invloed van emoties niet alle voorstellingen, die bij het tot stand komen van een goede wilshandeling een rol zouden moeten spelen, iemand op een gegeven ogenblik ten dienste staan, waardoor b.v. in drift een zeer betreurenswaardige en laakbare daad gedaan kan worden. De ethiese waarde van de handeling — het voornaamste wilsverschijnsel — wordt evenzeer door de emoties beinvloed. Dit heeft — m.i. terecht — Stransky er niet toe gebracht deze beide als min of meer antagonisties tegenover elkaar te plaatsen, maar evenmin mag de invloed, die de waarheidswaarde der oordelen van de emoties ondergaat, daartoe aanleiding wezen.

Ook het min of meer op zich zelf staan der beide gebieden, dat Stransky vooropstelt, geeft aanleiding tot valse gevolgtrekkingen. Een oordeel heeft natuurlik heel veel met voorstellingen te maken, want zij maken zijn inhoud uit en een oordeel zonder voorstellingen is ondenkbaar. Maar even goed een emotie zonder voorstellingen, want wij zijn altijd blij, bedroefd, toornig over iets. En even goed een wilsverschijnsel zonder voorstellingen, want wij willen altijd iets bepaalds doen of nalaten en hebben daarvan dus een voorstelling. Deze kan onbewust zijn — wat ik moet toegeven, dat bij oordelen onmogelik schijnt — bij de ongemotiveerde stemming, bij de duistere drang, maar ontbreken doet zij nooit, want iedereen is toch er van overtuigd, dat er iets is, waarom hij prettig of droevig gestemd

is, iets, dat hij eigenlik wil, al weet hij momenteel niet wat. Er is dus geen aanleiding om een mindere verwantschap tussen Noöpsyche en Thymopsyche aan te nemen en op grond daarvan een grotere behoefte aan coördinatie tussen deze twee gebieden te postuleren. Het schijnt mij dan ook niet toe, dat iets dergelijks in de Dementia praecox blijkt, maar dat, waar een gebrek aan harmonie tussen verschillende psychiese functies aan den dag komt, deze even zeer tussen voorstellingen en oordelen, tussen emoties en wilsverschijnselen, als tussen deze twee groepen bestaat. De vroeger reeds genoemde „Zerfahrenheit" en het soms naast elkaar aflopen van twee gedachtengangen zijn daarvan, dunkt mij, voldoende belangrijke voorbeelden.

Terwijl de tot nu toe besproken onderzoekers alle in een vermindering, een slechter worden van een of andere psychiese functie het wezen der Dementia praecox hebben gezocht, stelt Gruhle [1]), voor te proberen, hoe ver men kan komen met het anders worden van een bepaalde functie te onderstellen. Hij meent in een anders worden van de motievering der bewustzijnsverschijnselen een der primaire symptomen te moeten zien. Ieder bewustzijnsverschijnsel — behalve de waarnemingen, die uit de buitenwereld stammen — heeft zijn betekenis, niet in teleologiese zin, maar in de zin van volgend uit, afleidbaar van andere bewustzijnsverschijnselen. Deze afleidbaarheid is volgens Gruhle heel iets anders, dan een causale samenhang, maar veel meer verwant met logiese afleidbaarheid, al is het toch nog weer iets verschillends. Het is de psychologiese invoeling, het ons indenken in anderen, waarmee wij de ene bewustzijnstoestand uit de andere kunnen afleiden. Dat bepaalde voorstellingen tot bepaalde emoties leiden — b.v. de voorstelling van brand in mijn huis tot angst en schrik — of bepaalde emoties tot bepaalde handelingen — b.v. medelijden tot het bieden van hulp — komt ons natuurlik en begrijpelijk voor. De voorstel-

---

[1]) Gruhle. Die Psychologie der Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Psychiatr. u. Neurol. 8. 4/5. 1922.

lingen van het eerste, de emoties van het tweede voorbeeld noemt Gruhle motieven en de motievering van de tweede, daarna intredende bewustzijnstoestand is normaal. Zou er echter uit b.v. deemoed een gewelddaad volgen (Gruhle gebruikt hetzelfde voorbeeld) dan zouden wel het motief en de er op volgende toestand normaal zijn — immers zowel deemoed als gewelddaad kunnen bij normale mensen voorkomen — maar de motieveering zou abnormaal veranderd zijn, want wij zouden ons er niet meer kunnen indenken.

Een dergelijke verandering van de motievering maakt volgens Gruhle een der grondsymptomen der Dementia praecox uit en kan het niet bij elkaar passen van voorstellingen, aandoeningen en handelingen, heel het bizarre, grillige en verdraaide van de psychose verklaren.

Toch wordt nog niet alles begrijpelik en daarom meent Gruhle nog een primair symptoom te moeten aannemen, dat hij zoekt op het gebied der activiteit. Hier onderstelt hij geen qualitatieve verandering, evenmin, zoals Berze uitsluitend een vermindering, maar nu eens vermindering, dan weer vermeerdering, op de wijze ongeveer, waarop in de manies-depressieve psychose in de ene phase vermindering, in de andere vermeerdering der psychiese remming gevonden wordt. De vermindering uit zich in de stupor, de vermeerdering in het stijf en strak volgehouden negativisme of in het razen en druk zijn, dat de patienten soms kenmerkt, of in de waardevolle artistieke arbeid, die sommige lijders praesteren.

Vanuit deze beide primaire afwijkingen, de ene constant, de andere in de verschillende phasen der psychose wisselend, kan Gruhle ongeveer het gehele ziektebeeld overzien en meent hij de verschijnselen psychologies begrijpelik te hebben gemaakt. De grote betekenis van zijn onderstellingen ziet hij zelf in het feit, dat hij brak met de gewoonte om steeds naar een „Minus", een slechter worden van een of andere funktie te zoeken, maar daarentegen het anders zijn van de praecoxlijder, het onvergelijkbaar zijn zijner motieveringen met die van normale mensen, als het fundamentele beschouwt.

Het is echter juist die onderstelling van de veranderde motievering, waartegen ik enige dingen in het midden zou willen brengen.

Is het vooreerst wel juist om de motiefbetrekking tussen twee bewustzijnstoestanden als van geheel andere, dan causale aard voor te stellen? Natuurlik lochent Gruhle het bestaan van causale betrekkingen tussen twee opeenvolgende bewustzijnstoestanden niet. Hij stelt die zelfs voorop, maar hij meent, dat wij daarbij met iets heel anders te doen hebben, dan met zijn motiefbetrekking, die naast de causale aanwezig kan zijn en ook ontbreken. In het door hem gegeven voorbeeld is werkelik het gevoel van deemoed de oorzaak van de gewelddaad, de voor ons navoelbare motiefbetrekking tussen beide ontbreekt echter. In andere, aan de werkelikheid ontleende voorbeelden is er wel een motiefbetrekking aanwezig, echter niet begrijpelik voor ons, wel voor de patient.

Gaan wij na, wat wij onder een causale betrekking verstaan, dan is dit de betrekking van ruimtelike [1]), tijdelike en logiese continuïteit tussen twee opeenvolgende gebeurtenissen. Zullen wij een causale betrekking op geheel bevredigende wijze doorzien, dan eisen wij dat de oorzaak in ruimte en tijd onmiddellijk bij het gevolg aansluit en dat het laatste, gegeven de eerste ons evident en natuurlik voorkomt, dat het gevolg reeds in de oorzaak ligt opgesloten. Wanneer wij een moord uit drift verklaren, dan hebben wij met hetzelfde te doen: (ruimtelike en) tijdelike continuïteit en het gevoel van evidentie, het natuurlik vinden dat de drift een moord tengevolge had. Dit laatste bereiken wij door ons in de moordenaar in te denken; het is dus ongeveer wat Gruhle onder motiefbetrekking verstaat, maar het is en blijft een noodzakelik element van de causale betrekking. Want als dit element ontbreekt, zij het in de physiese of in de psychiese wereld, dan blijft er iets te verklaren over. Wanneer iemand zegt dat een vuur veel feller is gaan branden, nadat hij er een emmer water over gegooid

---

1) 't geen in de Psychologie niet ter zake doet.

had, dan vragen wij eerst, of het wel water, en geen benzine of petroleum was, dat hij gebruikt had en indien 't gebruik van water vaststaat, zoeken wij andere oorzaken voor het abnormale gedrag van het vuur, omdat de evidentie ontbreekt. Wanneer wij horen, dat uit deemoed een gewelddaad gevolgd is, dan vragen wij eerst, of het wel deemoed was, wat aan de gewelddaad voorafging, en indien wij zeker zijn van wel, zoeken wij weer op dezelfde wijze en om dezelfde redenen naar andere oorzaken voor de abnormale gang van zaken.

Iets anders dan een bepaald element van de causale betrekking: de begrijpelikheid nl., die wij in de psychologie veelal kunnen vaststellen door ons in anderen in te denken, vermag ik dus in de motiefbetrekking volgens Gruhle niet te zien. En als deze onderstelt, dat de motiefbetrekking bij Dementia praecox veranderd is, zodat de invoelbaarheid verloren is gegaan, dan betekent dat m. i. dat de causale betrekking veranderd zou zijn en voor ons onbegrijpelik geworden. Een nieuw probleem: het begrijpelik maken van die veranderde causale betrekking op andere wijze dan door invoeling, duikt dan voor ons op en in dit geval heeft de hypothese van Gruhle ons niet veel verder gebracht. Of hij beschouwt die veranderde betrekking als principiëel onbegrijpelik, maar dan hebben wij niet meer met een causale betrekking te maken, daar de principiële begrijpelikheid hiertoe per definitionem behoort. In dit geval echter wordt men indeterministies en blijft geen weg voor wetenschappelik onderzoek open.

In de tweede plaats lijkt het mij gevaarlik om iets principieel van het normale verschillends in het wezen van een ziektebeeld te brengen, methodies omdat men dan bij voorbaat afziet van het metende experiment, dat toch zoveel diensten bewezen heeft in de beschrijving en verklaring van ziektebeelden, theoreties, omdat de ervaring telkens en op alle gebieden der pathologie weer leert, dat er een vloeiende overgang tussen normaal en ziek bestaat en wij overal dezelfde wettelikheden en beginselen weer terug vinden. Terwijl Gruhle het anders zijn der praecoxlijders dan de normalen, met een zekere voorliefde constateert

en als definitieve uitkomst van het psychologies onderzoek wenst te beschouwen, lijkt het mij beter eerst nog grondig te proberen, of wij door andere verhoudingen en een andere rangschikking te onderstellen van dezelfde elementen, niet ook tot een inzicht kunnen komen in het wezen van dit ziektebeeld.

Eerst wanneer blijken mocht, dat wij op deze wijze niet zouden kunnen slagen, zou er reden zijn een principiële verandering in het bewustzijn als grondslag aan te nemen.

HOOFDSTUK III.

EEN HYPOTHESE.

Om tot de diagnose Dementia praecox te komen, vragen wij ons af, of wij bij de betreffende patient, behalve allerlei niet specifieke eigenaardigheden, zoals waandenkbeelden, hallucinaties, katatone symptomen, ook autisme en apathie aantreffen. Autisme is een zich opsluiten in zichzelf, een alleen zich bezighouden met eigen voorstellingen en kan dus niet zonder meer als een primair symptoom worden opgevat. Immers de vraag: Waarom houdt de patient zich alleen met zich zelf bezig, welke bewuste of onbewuste redenen liggen aan dit gedrag ten grondslag? dringt zich onmiddellik aan ons op en het gaat niet aan deze vraag zonder een poging tot beantwoorden te laten rusten.

Anders staat het op het eerste gezicht met de apathie. Wij kunnen ons heel goed voorstellen, dat het wezen van een ziekte gelegen zou zijn in een minder worden van de emotionaliteit en wij zouden kunnen beproeven in hoever de overige symptomen van Dementia praecox hieruit te verklaren zouden zijn. Verscheiden schrijvers nemen dan ook als grondslag voor onze ziekte een zgn. gemoedsdementie aan, d.w.z. een vermindering van de emotionaliteit, die zich uitbreidende langzamerhand ook een intellectuele dementie tengevolge zou hebben.

Kunnen wij echter bij Dementia praecox steeds — wat toch voor een primair symptoom een vereiste zou zijn — van een verminderde emotionaliteit spreken? Er is veel, dat hier zeer sterk tegen pleit.

Wanneer nl. verminderde emotionaliteit aansprakelik was voor de praecox-symptomen, dan zou in de eerste plaats te verwachten zijn, dat de praecoxpatienten vooral gerecruteerd werden uit

de niet emotionele karaktertypen [1]). Dit nu zien wij niet in de werkelikheid.

Verder zouden wij verwachten, dat de niet emotionele karaktertypen eigenschappen zouden vertonen, die met de eigenschappen van praecoxlijders overeenstemmen, al zouden ze minder uitgesproken behoeven te zijn. Ook dit blijkt evenwel niet het geval te zijn.

Ik meen dit te kunnen bewijzen uit het materiaal van de herediteitsenquête van Heymans en Wiersma [2]), waarover ik zo gelukkig was te kunnen beschikken (zie ook Hoofdstuk V).

Naar allerlei eigenschappen werd in deze enquête navraag gedaan, bij ruim 2500 personen en de correlatie tussen verschillende paren eigenschappen werd vastgesteld door na te gaan, hoeveel percent der personen, die een bepaalde eigenschap hebben ook de twede bezitten en dit percentage te vergelijken met het percentage van alle onderzochte personen, dat die tweede eigenschap vertoont.

Om de correlaties der emotionaliteit na te gaan moeten de personen in emotionele en niet emotionele groepen gesplitst worden. Dit geschiedde aan de hand van 6 vragen, waarin werd geinformeerd of de bedoelde persoon was:

1.	emotioneel	of	niet emotioneel.
2.	heftig	of	koel en zakelijk.
3.	prikkelbaar	of	goedaardig of helemaal niet tot toorn te brengen.
4.	onverdraagzaam	of	verdraagzaam.
5.	vrolik en opgewekt, zwaarmoedig en somber, wisselend van stemming	of	kalm en gelijkmatig.
6.	zwaartillend	of	luchthartig.

Nu werden er 11 groepen gevormd, al naar 6 of 5, 4, 3, 2, 1, of geen dezer vragen in emotionele zin werden beantwoord

---

1) Vgl. Heymans, Die Psychologie der Frauen.
2) Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. 1906 e.v.

en 1, 2, 3, 4 of 5 of 6 in niet-emotionele zin. Als emotionaliteit, heftigheid, prikkelbaarheid, onverdraagzaamheid, vrolike en opgewekte, of zwaarmoedige en sombere of ook wisselende stemming en zwaartillendheid worden opgegeven, werden de bewuste personen in de meest emotionele groep (+ 6, + 5) ingedeeld, daarop volgden de groepen: + 4; + 3; + 2; + 1; 0; — 1; — 2; — 3; — 4; en — 5, — 6. + 6 en + 5 werden evenals — 5 en — 6 in één groep samengebracht, omdat zo weinig mensen tot deze uitersten bleken te behoren.

Ik heb nu nagegaan, hoe verschillende eigenschappen, die wij bij praecoxlijders in sterke mate aantreffen over deze groepen waren verdeeld en vond de cijfers, die in tabel I zijn vermeld.

Wij zien uit deze tabel dus, dat wel de niet emotionele groepen veel meer stil en in zich zelf gekeerd en gesloten zijn, dan de emotionele en dus daarin met praecoxlijders overeenkomen, dat echter koppigheid, impulsiviteit, tevredenheid met zichzelf, egoïsme, gemaniereerdheid, die wij bij praecoxpatienten zo dikwels ook in hoge mate vinden, juist veel meer bij de meest emotionele mensen voorkomen. Praecoxlijders zijn moeilik in de omgang, zij zijn niet gemakkelik te leiden, wel zijn dit echter de niet-emotionele normalen, de emotionelen vertonen hier de laagste cijfers.

Er blijkt dus helemaal geen evidente samenhang te bestaan tussen de normale niet emotionele karakters en Dementia praecox. Maar bovendien vinden wij in het beeld van de Dementia praecox zelf zeer veel, dat ons van de mening, dat de emotionaliteit verminderd zou zijn moet afhouden. Vooreerst het voorkomen van melancholiese stadia bij een katatonie. Dikwels zien wij, dat een patient in een zeer gedeprimeerde toestand verkeert, die ook tot zonde- en andere kleinheidswaandenkbeelden leidt, met remming gepaard gaat en zich acuut tot echte angsttoestanden verheffen kan, zodat wij alleen uit het bestaan van autisme, uit de onsamenhangendheid der waandenkbeelden, en de slecht passende emotionele reaktie, kunnen besluiten, dat wij niet met een manies-depressief lijden, maar met een Dementia praecox te doen hebben.

Tabel I.

Percentage der groepen.	+6,+5	+4	+3	+2	+1	0	−1	−2	−3	−4	−6,−5	Vraag
koppig	34.2	18.7	24.1	22.4	19.4	14.0	11.1	14.4	7.9	12.2	9.8	6
impulsief . . .	68.0	62.2	59.0	56.0	39.3	41.4	34.8	23.5	15.2	14.5	11.1	7
met zich zelf tevreden	56.7	45.8	37.6	40.2	33.2	32.5	21.3	28.2	28.2	24.9	24.7	47
egoïsties . . .	38.1	12.9	15.7	18.7	11.2	12.4	9.4	13.4	12.4	11.7	16.0	55
gemaniereerd . .	18.5	16.9	7.3	10.1	4.6	5.9	9.8	4.4	3.4	3.6	3.1	60
makkelik te leiden	5.1	12.0	10.7	9.8	11.2	15.9	15.6	14.7	13.0	19.0	17.3	52
stil; in zich zelf gekeerd. . . .	16.5	12.0	14.6	15.2	15.3	16.4	12.3	20.8	19.8	19.9	35.8	35
gesloten . . .	18.5	22.7	19.1	25.8	23.5	25.8	29.9	40.9	48.0	57.5	67.9	61

Verder wijzen ook de toornaanvallen, die bij katatonie en vooral bij hebephrenie zo dikwels voorkomen, eerder op het behoud dan op een verlies van emotionaliteit.

Beschouwen wij de inhoud van de waandenkbeelden, vooral van paranoïede patienten, dan zien wij dikwels zeer schril gekleurde en phantastiese ideeën, welke wij ons moeilik anders dan onder invloed van sterke emoties kunnen ontstaan denken. Een patient, die weinig vatbaar voor aandoeningen is, zal niet op het idee komen, dat de hele wereld van hem is, dat na hem niets meer bestaan zal, evenals er voor hem niets bestond, omdat hij al het bestaande heeft geschapen. Ook Jung's patiente vertoont een keur van grootheids- en vervolgingswaandenkbeelden, die ook deze schrijver niet anders kan opvatten dan als onder invloed van emoties ontstaan.

Toch zien wij, dat op den duur vele patienten hun waandenkbeelden, hoewel ze onverzwakt bestaan blijven, gaan verwaarlozen; zij worden er onverschillig voor. Dit wordt vaak aangezien voor een teken van verminderde emotionaliteit, maar juist het feit, dat de waandenkbeelden onverzwakt blijven bestaan en ook wel eens plotseling en onverwachts weer met kracht kunnen opduiken en b.v. een toornaffect teweeg brengen, pleit m.i. sterk tegen deze opvatting.

Een splitsing van de persoonlikheid, zodanig, dat het met de buitenwereld in contact staande deel weinig invloed ondergaat van en uitoefent op het waansysteem schijnt mij aannemeliker.

De oorzaak voor deze splitsing, die ook door Stransky, Jung e.a. aangenomen wordt, moet dan gezocht worden in het feit, dat het waansysteem met de werkelike omgeving onverenigbaar is en onophoudelik innerlike en uiterlike conflicten geeft. Dit proces is dus geheel analoog aan de verdringing bij hysterie.

Toch kan dit alles onze indruk niet wegnemen, dat de patient apathies is en dat de emoties minder invloed op zijn leven hebben dan bij een normaal mens.

Vooral gedurende een katatone stupor is dit treffend. Heel dikwels merken de patienten alles wat in hun omgeving gebeurt

heel goed op, zodat zij na afloop van de stuporeuze toestand een nauwkeurig verslag van het in die tijd gebeurde kunnen geven. Maar zij reageren op geen enkele prikkel, zelfs het kunstmatig voeden met de neussonde, hetgeen toch geen andere, dan onaangename gewaarwordingen opwekken kan, laat hun onbewogen.

Hoe zijn deze feiten in overeenstemming te brengen met een behoud van de emotionaliteit?

Wanneer wij aannemen, dat niet de emotionaliteit, d.w.z. de vatbaarheid voor aandoeningen in het algemeen, maar wel de emotionele waarde der verschillende bewustzijnsinhouden verminderd is, kunnen wij, naar ik geloof, bovenstaande moeilikheden oplossen en hebben wij tevens het primaire symptoom, het wezen der Dementia praecox gevonden.

Wat verstaan wij onder het begrip emotionele waarde? Gewoonlik wordt het zonder voorafgaande definitie gebruikt, maar aangezien deze gewoonte tot veel verwarring en misverstand aanleiding kan geven, is het gewenst precies vast te leggen wat onder het begrip moet worden verstaan.

De beste omschrijving lijkt mij deze: Emotionele waarde van een bewustzijnsinhoud is zijn Emotie-energie.

Heymans heeft in zijn brochure: Über die Anwendbarkeit des Energiebegriffes in der Psychologie [1]), een overzicht gegeven van de vormen van psychiese energie, die wij kunnen onderscheiden.

Iedere bewustzijnsinhoud bezit een tendentie volledig bewust te worden: bij soezen, in de slaap (droom!) duiken allerlei zeer weinig bewuste voorstellingen op, alleen omdat zij niet door andere geremd: d.i. tegengehouden worden. Maar zij worden verdrongen en als het ware op afstand gehouden, door andere, b.v. indrukken van buiten. Door die afstand en de tendentie of kracht waarmee zij naar het centrum van het bewustzijn streven, bezitten zij dus een zekere energie: Distantie-energie.

---

[1]) 1921.

Worden zij werkelijk centraal bewust, dan wordt de Distantie-energie hiertoe verbruikt en gedeeltelijk aan andere — door de naar het centrum gaande inhouden — verdrongen inhouden overgedragen ook in de vorm van Distantie-energie.

Is alle Distantie-energie [1]) verbruikt, voordat een inhoud centraal bewust is geworden, dan blijft hij staan en kan niet in het blikpunt van de opmerkzaamheid komen. Is echter niet alle Distantie-energie nodig voor het verdringen van andere inhouden, dan houdt de centraal bewuste inhoud nog energie over, die nu omgezet is in Niveau-energie. Deze dient waarschijnlik om associaties te leggen, emoties en wilsbesluiten te voorschijn te roepen. Zo en op nog andere wijze ontstaan associatie-, wils- en ook Emotie-energie.

Wordt nu later zo'n inhoud weer van zijn centraal bewuste plaats gedrongen, dan krijgt hij niet alleen weer een bij de afstand horende hoeveelheid Distantie-energie, maar blijft ook met een zekere hoeveelheid Emotie-energie als het ware geladen.

Deze Emotie-energie zal maken, dat de inhoud in het vervolg een veel grotere tendentie hebben zal om centraal bewust te worden, dan met zijn Distantie-energie overeenkomt, dat hij, eenmaal centraal bewust, veel sneller en intensiever tot handelingen zal leiden, ja zelfs dat hij hoewel nog onbewust een sterke invloed zal kunnen doen gelden op het bewuste deel van de psyche en op de handelingen naar buiten. En dit is juist wat wij onder emotionele waarde verstaan.

Met Emotie-energie hebben wij dus overal te maken, waar aan een voorstelling of een complex van onderling geassocieerde voorstellingen een emotie verbonden is. Die emotie zelf is geen energie, want — zoals de zelfwaarneming leert — geeft die geen aanleiding tot veranderingen in de verhouding waarin andere bewustzijnsinhouden tot elkaar staan: het gevoel zelf gaat geen associaties aan en dringt ook geen voorstellingen of

---

[1]) Natuurlik kan niet alle Distantie-energie verbruikt zijn voor een inhoud centraal bewust is, immers juist het feit, dat hij niet centraal bewust is, maakt zijn Distantie-energie uit, maar wel zoveel, dat het verdringen van andere inhouden, die veel Niveau- of andere energie bezitten, onmogelik wordt.

andere inhouden uit het centrale bewustzijn weg, noch doet ze boven de drempel rijzen.

Deze functies komen echter wel toe aan het voorstellingscomplex waarbij de emotie behoort, het zogenaamd emotioneel gekleurde complex. Want het is bekend, dat dikwels de uiterlike situatie, zoals die tijdens een schokkende gebeurtenis bestond, met pijnlike nauwkeurigheid onthouden wordt, zodat tussen die gebeurtenis en de uiterlike omstandigheden een vaste associatie gelegd blijkt. Dit is een proces, waartoe energie vereist wordt. Andere keren zien wij weer, dat een emotionele gebeurtenis zo sterk de aandacht in beslag neemt, dat alle andere inhouden verdrongen worden: d.w.z. een grote hoeveelheid Distantie-energie verkrijgen die van de energie van het emotionele complex afkomstig moet zijn. Soms verdwijnt ook de gedachte aan de gebeurtenis zelf voor enige oogenblikken uit de gedachten en dan zou het kunnen schijnen alsof alleen de emotie overbleef en dus die energetiese werking aan deze en niet aan het voorstellingscomplex toekwam. Dit is evenwel niet juist, want wie een dergelijke toestand heeft doorgemaakt, weet, dat zo'n ogenblik van zgn. „emotiestupor" bestaat in een zich leeg van alles voelen, het gevoel, dat trouwens zonder een voorstellingssubtraat ondenkbaar zou zijn, is ook niet meer merkbaar. Door het verdringen van alle andere bewustzijnsinhouden heeft het complex zoveel van zijn energie verloren, dat het zich tegenover de andere sterk gespannen inhouden niet handhaven kan, en op zijn beurt, maar nu door alle andere verdrongen wordt, zodat een diffuus bewustzijn ontstaat. Deze toestand duurt evenwel maar kort, want evenals een stuk hout, in het water gesmeten, wel een ogenblik onderduikt, maar dadelik weer omhoog stijgt, herneemt al gauw het emotionele complex zijn centrale plaats.

Een derde bewijs, waaruit blijkt, dat een emotioneel complex energie vertegenwoordigt, is gelegen in het feit, dat soms een emotionele gebeurtenis, in plaats van andere inhouden te verdringen, integendeel allerlei voorstellingen naar het centrale bewustzijn roept en dikwels ook aanleiding is

tot handelingen. Zelfs lijkt het mij niet te gewaagd te onderstellen, dat eigenlijk iedere handeling slechts onder invloed van een emotie tot stand komt. Een handeling immers is òf een zuiver intrapsychies verschijnsel òf een opzettelike verandering door het subiect in de het omringende buitenwereld aangebracht.

Beschouwen wij eerst alleen deze laatste vorm van handeling, dan blijkt bij enige bezinning, dat zo'n verandering in de buitenwereld altijd aangebracht wordt uit hoop op lustgewin of onlust-vermijden. Wie honger heeft, bereidt zich een maal, om de lust van het eten te kunnen genieten, of om de onlust van het hongergevoel te doen eindigen. Ook voor meer gecompliceerde handelingen gaat dit op. Wie een groot plan maakt, bij voorbeeld om daarmee roem en eer te oogsten, zal heel wat handelingen volvoeren, waartoe hem de emotionele doelvoorstelling telkens de stoot geeft.

Een intrapsychiese handeling is een verandering in de constellatie van het bewustzijn door het individu willekeurig teweeggebracht. Iemand, die zich willekeurig een bijna vergeten idee weer te binnen brengt, of die zich een oordeel door denken over een onderwerp tracht te vormen, òf die met geweld de gedachten aan een tegenslag of een onbereikbaar plan uit zijn hoofd zet, verricht een intrapsychiese handeling. Als motief hiervoor kan ook weer gelden: hoop op lust, als hij zijn bijna vergeten idee weer te pakken heeft, als hij eindelik over een onderwerp een oplossing heeft gevonden, hoop de onlust kwijt te worden die hem bezielt bij het denken aan onaangename dingen.

Wij moeten ons voorstellen, niet dat alle energie, die in de wilsuitingen ontladen wordt, van dat emotionele complex afkomstig is, maar wel, dat die energie de stoot geeft tot het in gang zetten van het hele verdere energetiese proces, op de wijze waarop in een benzinemotor de overspringende vonk de aanleiding is tot het in werking komen van de potentiele energie, die in de benzine en de luchtzuurstof opgehoopt is. Op dezelfde wijze zijn er voor de psychiese energie die bij een handeling verbruikt wordt,

nog wel andere bronnen, maar de Emotie-energie is noodzakelik om het proces in gang te zetten [1]).

Een vermindering van de Emotie-energie moet naar uit het voorafgaande blijkt wel een grote invloed uitoefenen op de handelingen, zowel hun frequentie als de intensiteit, waarmee zij volvoerd worden, zal verminderen. Deze conclusie zal voor de verklaring van de symptomen van Dementia praecox van groot gewicht blijken te zijn.

Wanneer wij dus aannemen, dat de emotionele waarde van de verschillende bewustzijnsinhouden bij Dementia praecox verminderd is, dan betekent dit, dat de emotionaliteit op zich zelf, de vatbaarheid voor aandoeningen wel behouden is gebleven: de patient zal op een gewaarwording of een opduikende voorstelling wel met dezelfde emotie qualitatief en quantitatief reageren [2]), als de normale, maar dat de energie die een emotioneel complex bezit kleiner is, dan bij normalen. Zo'n complex zal dus niet die grote tendentie hebben het centraal bewuste geheel in te nemen, andere voorstellingen in het bewustzijn te roepen, associaties aan te gaan of invloed uit te oefenen op het handelen.

Daaruit volgt dat de psyche van de patient er geheel anders moet gaan uitzien, dan de normale psyche.

Mijn taak wordt nu tweeledig:

I. Na te gaan, in hoeverre de symptomen van Dementia praecox uit verlies aan Emotie-energie te verklaren zijn.

---

1) Dikwels (o.a. Heymans, Einführung in die Ethik, Debussy, Het zedelijk Beoordeelen) wordt ontkend, dat dit voor de handelingen met zedelike waarde ook waar zou zijn. Ik gelcof echter, dat wij hier als voornaamste motief voor de handeling moeten aannemen: het willen vermijden van berouw. Dit psychologies hedonisme hoeft evenwel volstrekt niet met een ethies hedonisme samen te gaan; de obiectiviteitstheorie van Heymans kan evengoed in ere gehouden worden. Het is hier echter niet de plaats op deze quaestie nader in te gaan.

2) Over de schijnbare inadaequate emotionele reaktie, die zo dikwels voorkomt, zie Berze, Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität en blz. 99 e.v.

II. Te onderzoeken, of wij bij praecox-patienten een dergelijk verlies experimenteel kunnen aantonen.

Zoals reeds op blz. 62 is opgemerkt kunnen als symptomen, waarnaar men bij ieder praecoxgeval zoekt, gelden: Apathie en Autisme. Eerst zal dus een poging worden gedaan deze beide symptomen uit verlies aan Emotie-energie begrijpelik te maken. Daarna zullen dan de eigenaardigheden van de drie onderafdelingen: Hebephrenie, katatonie, dementia paranoïdes de revue moeten passeren.

Apathie.

Ofschoon praecox-patienten dikwels in toorn kunnen uitbarsten, wanneer zij in enig opzicht menen gedwarsboomd te worden, of met buitengewone vrolikheid of droefheid op sommige gebeurtenissen kunnen reageren, maken zij toch bijna altijd de indruk niet recht deel te nemen aan het leven om hen heen. Het is alsof het wel en wee van hun omgeving, ja van hen zelf hun recht niet aangaat en zij zullen zelden of nooit op dezelfde manier hun aandoeningen tonen als normalen. Het komt bij hen niet tot handelingen onder de druk van een aandoening begaan, zij maken nooit de indruk geheel van een of ander feit vervuld te zijn, zelfs niet — bij de paranoïede vormen — van de waandenkbeelden, die bij een echte paranoïcus de gehele levenshouding zouden beheersen.

Een lijder aan paranoïede praecox zal niet in die voortdurende wantrouwende spanning tegenover zijn omgeving verkeren, niet voortdurend die maatregelen van verweer beramen tegen aanslagen op hem gepleegd, zijn hallucinaties zullen niet die schrik bij hem teweeg brengen en wakker houden, als bij de lijder aan genuïene paranoia zo kenmerkend is. Zelfs zal hij zich onder zijn hallucinatie dikwels min of meer onverschillig gedragen en in bijna elk geval ze niet als bewijzen aanhalen, dat zijn waandenkbeelden wel degelik met de juiste stand van zaken overeenkomen.

Ook een katatonicus in een melancholies stadium maakt trots

zijn zeer ernstige zondewaan, dikwels tot in het absurde overdreven, zelden de indruk zo door zijn ideeën in de ganse ziel geschokt te zijn, als dat bij een melancholies lijder aan de manies-depressieve psychose het geval is.

Wanneer eindelik bij een praecox-patient door afsplitsing van hinderlike complexen toestanden ontstaan, die op hysterie gelijken, dan valt als onderscheid met de echte hystericus weer in het oog, dat hij veel minder door zijn complexen bezeten wordt en veel minder de indruk maakt voortdurend daaronder te lijden.

Bij de ene praecoxlijder meer, bij de andere minder, maar na goed zoeken toch in de overgrote meerderheid der gevallen, kunnen wij dus wel van een werkelike apathie, een weinig beïnvloed worden door het leven van de omgeving en vooral ook door het eigen zielsgebeuren spreken.

Wanneer nu de Emotie-energie van de bewuste en onderbewuste complexen is afgenomen, dan wordt deze apathie heel begrijpelijk. Het onderbewuste complex zal niet in staat zijn zich ten koste van alles, wat het in de weg mocht treden, een weg naar het centrale bewustzijn te banen, noch minder om dit centrale bewustzijn zo te vullen, dat voor niets anders meer plaats is, integendeel zullen allerlei bijzaken nog vrij gemakkelik naast het complex naar boven kunnen komen. Maar deze zullen weer niet door onverbrekelike associatiebanden aan het complex worden vastgekoppeld, daar voor het leggen van zulke verbindingen weer de nodige energie ontbreekt. Daardoor zal de lijder de indruk maken niet zo onder de invloed van zijn complex te staan, als dat bij normalen het geval zou zijn en als dat werkelik geschiedt bij paranoïci, melancholici en hysterici met een ongeschonden Emotie-energie, die zich in dit opzicht werkelik als normalen gedragen.

A fortiori zal de neiging van het complex om zich in handelingen te ontladen veel geringer zijn dan bij normalen en bij bovengenoemde psychosen, daar er voor het ontstaan van handelingen in de regel nog meer Emotie-energie vereist zal zijn, dan voor andere, zuiver intrapsychiese processen.

Toegegeven moet worden, dat de apathie ook zeer goed door een werkelike vermindering van de emotionaliteit verklaard zou kunnen worden, maar

1°. hebben wij boven gezien, dat het niet aangaat deze bij praecox-patienten aan te nemen,

2°. kan deze verklaring voor andere symptomen, vooral het autisme, geen dienst doen.

Dergelijke argumenten zijn tegen een verlies van Emotie-energie echter voor zover ik kan inzien, niet aan te voeren.

Autisme.

De naam voor dit symptoom is van Bleuler [1]) afkomstig. Hij verstaat er onder het feit, dat de praecoxlijders geheel opgaan in hun eigen gedachtenleven; alleen hun eigen phantasieën interesseren hen, zelfs zo zeer, dat zij die phantasieën als een eigen realiteit gaan opvatten, die voor hen meer waarde heeft dan de realiteit der buitenwereld. Zo komt het, dat zij op den duur ook actief zich van de buitenwereld afkeren, zelfs zich verzetten tegen invloeden, die van daaruit op hen zouden kunnen inwerken om des te meer in hun phantasieën te kunnen leven, die zij als de eigenlike werkelikheid opvatten. De buitenwereld kan voor hen soms niet meer waarde hebben dan een blote schijn. Soms ook bemoeien zij zich met die buitenwereld nog wel, maar veranderen willekeurig hun opvatting ervan in de zin van hun phantasieën. Of één psychiese reeks van wisselverkeer met de buitenwereld loopt — gelijktijdig of afwisselend — parallel met een andere psychiese reeks van eigen zieleleven, zonder veel onderling contact, terwijl min of meer duidelik blijkt, dat deze laatste reeks voor de patienten de belangrijkste is.

Freud heeft dit symptoom onder de naam auto-erotiek (Narcissisme) opgevat als een sexuele neiging tot de eigen persoon, maar waar het begrip sexualiteit bij Freud zoveel uitgebreider is, dan het gewoonlijk wordt genomen, en bovendien niet van vaagheid is vrij te pleiten, kunnen wij niet goed inzien, dat

---

[1]) Bleuler: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. 1911

onder het begrip auto-erotiek iets anders wordt bedoeld, dan onder Bleuler's autisme. Deze begrippen dekken elkaar vrijwel, hetgeen ook de conclusie van Bleuler zelf is.

Waarom komt de patient er nu toe zich zo geheel en al in zijn eigen zieleleven te verdiepen, zodat hij zich zelfs actief van de buitenwereld gaat afwenden? Bleuler geeft op deze vraag geen afdoend antwoord. Het antwoord van Berze bleek onbevredigend.

Kunnen wij hier met de aanneming van verlies aan Emotie-energie ook verder komen?

Het eenvoudigste is het om aan te nemen, dat een eventueel verlies aan Emotie-energie over alle bewustzijnsinhouden in gelijke mate zich zal doen gelden. Dit wil dus zeggen, dat de Emotie-energie van alle emotioneel gekleurde complexen met een gelijk percentage afneemt. Nu bezitten echter niet alle bewustzijnscomplexen van huis uit gelijke hoeveelheden Emotie-energie.

De meeste Emotie-energie bezitten klaarblijkelik die complexen, die ook bij de normale mens het gehele psychiese leven: zowel de handelingen als de intrapsychiese verschijnselen het meest beheersen. Dit zijn de complexen van het zelfbehoud, van de vervulling van subiectieve begeerten, en het cultiveren van de eigen persoonlikheid, benevens de sexuele complexen. Tevens zijn dit de oudste, vroegst tot ontwikkeling gekomen complexen.

Bij de zuigeling toch bestaan weinig andere neigingen, dan om aan de behoefte tot voeding te voldoen. De gezonde zuigeling — vooral in de eerste weken van zijn leven — slaapt bijna de gehele dag en is alleen wakker op de tijden, dat hij gevoed wordt. Het gevoel van honger is de enige gewaarwording, die sterk genoeg is om zo ver boven de drempel van het bewustzijn te komen, dat dit niet meer zo diffuus is, als met de slaap overeenkomt en hij ontwaakt. Een onlust-emotie wordt door de hongergewaarwording opgewekt en hij schreeuwt.

Biedt zich de gelegenheid tot zuigen, dan grijpt hij deze dadelik aan, en houdt niet eerder op, voordat hij verzadigd is: d.w.z. de honger en dus de emotie niet meer bestaat, dan slaapt hij ook dadelik weer in.

Een weinig later begint ook de ontwikkeling van de neiging tot cultiveren van de eigen persoonlikheid. Het kind ligt vaker en langer wakker en besteedt deze tijd aan het rondkijken en vooral het spelenderwijs leren kennen van zijn eigen lichaam. Het leert de indrukken, die zijn zintuigen hem doen toestromen, op hun juiste waarde schatten.

Later oefent het zich in de spraak, het lopen en begint het betrekkingen met de buitenwereld te vormen en te onderhouden.

Maar die betrekkingen met de buitenwereld bepalen zich voorlopig tot vervulling van wensen. Het spelende kind leeft in een wereld, door zijn eigen phantasie geschapen en alles wat in de buitenwereld daarmee overeenkomt en hem wenselik voorkomt, wordt met graagte aangenomen en verwerkt, wat tegenstrijdig is, wordt òf met virtuositeit genegeerd, òf veroorzaakt conflicten.

Het spelende kind ontwerpt een heel systeem in zijn phantasie en vervormt de hele werkelikheid, in zijn denken, tot die met zijn ideeën overeenstemt. Het gaat in zijn denkbeelden geheel op, rekent al zijn wensen als vervuld, zonder er zich rekenschap van te geven of, wat het zich denkt, werkelik waar is of niet, want de behoefte aan waarheid ontwikkelt zich eerst later. De jongen denkt zich generaal van een groot leger en overwint in veldslagen, of hij beheerst als wagenbestuurder, machinist of chauffeur een ingewikkelde machine, of hij bouwt met zijn blokken de grote bouwwerken van zijn woonplaats. De trots op zijn praestaties, die daarbij aan het licht komt, wijst er op, dat hier grootheidscomplexen zich uitvieren. Bij het meisje zien wij in het spel dikwels analoge phantasieën optreden, maar door de moederschapsneigingen, die met de sexuele in verband staan, en die in het spelen met poppen, en met kleinere kinderen tot uiting komen, wordt hier de zaak ingewikkelder. Bij allen zien wij echter, hoe volkomen zij in het spel opgaan,

de realiteit voor het spel vergeten en verwaarlozen en ook hoe, als er een botsing komt met het werkelike leven — schoolplichten, bedtijd! — onmiddellik met sterke onlust-emoties en tegenmaatregelen, dikwels gaande tot negativisme toe, wordt gereageerd.

Men zou kunnen tegenwerpen, dat toch één soort der bovengenoemde complexen eerst veel later tot ontwikkeling komt: nl. die der sexuele neigingen. Afgezien van de feiten, die er op wijzen, dat ook vóór de puberteitsjaren de sexuele complexen veel meer betekenis hebben dan men dikwels aanneemt (Freud!) moeten wij toch in ieder geval erkennen, dat de sexuele complexen tot de phylogeneties oudste behoren en dus reeds zeer lang gelegenheid hebben gehad zich tot de allersterkste te ontwikkelen.

Eerst veel later in het leven, of veel later in de phylogenetiese reeks komen nog andere complexen tot ontwikkeling, berustend op sociale zin, zin voor waarheid, voor het schone en nog andere neigingen, die gewoonlik als de „hogere" samengevat worden.

En dat deze minder invloed uitoefenen, minder emotionele waarde of Emotie-energie bezitten, blijkt wel, wanneer er in het leven eens heel scherpe conflicten ontstaan. In hongersnood blijft er niet veel van de sociale neigingen over, maar nemen de meesten wat zij krijgen kunnen, onbekommerd om het lot der gemeenschap. In de oorlog hebben wij gezien, hoe de neigingen tot het vervullen der persoonlike begeerten, zeer dikwels de overwinning behalen op neigingen van sociale, artistieke of ethiese aard. Hoewel sexuele onthouding op grond van idealistiese motieven zeker tot de mogelikheden behoort en dan ook dikwels genoeg voorkomt, ziet men toch in tijden van nood, als aan andere behoeften niet zo gemakkelik kan worden voldaan, dat de sexuele neigingen alle andere gemakkelik overwinnen.

De emotionele waarde van al deze complexen is blijkbaar het grootst.

Wanneer nu de Emotie-energie van alle complexen met een gelijk percentage afneemt, dan zal hun onderlinge verhouding gelijk blijven en schijnbaar niets veranderen aan de invloed, die zij op elkaar kunnen uitoefenen. Dit zou evenwel slechts waar zijn, indien er geen andere soorten psychiese energie bestonden, dan Emotie-energie. En van die andere soorten is bij Dementia praecox de hoeveelheid geenszins verminderd, zodat, wanneer deze door een inhoud beladen met Emotie-energie overwonnen zijn, er minder overblijft om zich in een handeling te ontladen, zelfs zou het kunnen blijken dat de Emotie-energie niet eens voldoende was om de tegenstand te overwinnen, zodat de onbewuste inhoud niet eens centraal bewust worden kan, laat staan het centrale bewustzijn geheel vervullen of vaste associaties aanknopen.

In dit geval zullen natuurlik het meest die inhouden verkeren, die quantitatief de minste energie overgehouden hebben, terwijl inhouden, die van huis uit over een heel groot quantum Emotie-energie beschikken, zelfs na het verlies van een bepaald percentage ervan nog genoeg overhouden om een machtige werking in het bewustzijn uit te oefenen.

Hoewel van quantitatieve vergelijking der psychiese energie van verschillende inhouden, bij gebrek o.a. aan eenheden voor psychiese verschijnselen, nog geen sprake kan zijn, is het voor de duidelikheid van het voorgaande misschien toch gewenst het met enkele gefingeerde getallen toe te lichten.

Gesteld een bepaald complex bezit een Emotie-energie = 100, een ander een = 60. Om zich van het centrale bewustzijn te kunnen meester maken, moeten gemiddeld 25 eenheden overwonnen worden; om vaste associaties aan te gaan, reeds geassocieerde voorstellingen in het centrale bewustzijn te trekken enz. een gelijk bedrag.

Nu zullen beide complexen op hun beurt deze werkingen kunnen uitoefenen en ook beide nog energie overhouden, welke zich omzetten kan in handelingen. Wanneer evenwel alle Emotie-energie met b.v. 25 % is afgenomen, dan zal het eerste

complex nog een energie van 75 overhouden, dus meer dan genoeg om nog dezelfde invloed te oefenen; die van het tweede complex echter zal gereduceerd zijn op 45, niet eens voldoende om associaties te leggen, even vast als te voren, terwijl voor handelen niets meer verblijft.

Nu zal weliswaar de te overwinnen weerstand ook iets afnemen, omdat daarbij ook enige Emotie-energie behoort, evenwel deze vermindering verdeeld over zoveel soorten energie is zo gering, dat dit aan het bovenstaande toch geen afbreuk doet.

Bovendien kunnen wij nog bedenken, dat alle psychiese verschijnselen eerst optreden boven een zekere drempelwaarde. Deze drempelwaarde wordt gedeeltelik verklaard door het overwinnen van de weerstand van andere psychiese inhouden en is in zoverre reeds in het voorafgaande besproken; of deze verklaring echter voor de drempelwaarde in zijn geheel voldoende is, weet men nog niet, waarom een afzonderlike vermelding mij niet onnodig schijnt. De inhouden nu met weinig Emotie-energie zullen bij afname met een bepaald percentage ervan, eerder onder de drempelwaarde van werking komen, dan wanneer de Emotie-energie heel groot is.

Daar nu de Emotie-energie van de complexen van de cultivering en onderhouding der eigen persoonlikheid — benevens het sexuele complex — de grootste intensiteit bezit, terwijl die van de sociale, ethiese etc. complexen veel kleiner is, zullen de laatste van hun werking naar verhouding veel meer inboeten. Daaruit volgt, dat de patient door zijn complexen van de cultivering van het eigen ik veel meer, ja bijna uitsluitend wordt beinvloed, en het hem niet schelen kan met de buitenwereld in een geregeld rapport te staan, goed of kwaad te handelen, zelfs is het hem onverschillig of zijn ideeën met de werkelikheid overeenkomen. Met andere woorden: de patient is autisties geworden.

Er bestaat, voor de een meer, voor de ander minder, maar voor ieder in een zekere mate een doorlopend conflict tussen

de buitenwereld en de eigen persoonlikheid, daar de feiten van de eerste met de begeerten en behoeften van de andere doorlopend min of meer in strijd zijn: niemand heeft het geheel, zoals hij het wensen zou. De normale mens lost dit conflict op, doordat zijn sociale, ethiese, waarheidlievende, etc. complexen zoveel Emotie-energie bezitten, dat zij een doorlopende invloed op het hele bewustzijn kunnen uitoefenen en vaker of minder vaak centraal bewust kunnen worden en dan de stoot kunnen geven tot handelingen, dienende b.v. om zich aan te passen, waarvoor dan psychiese energie van elders eerder gebruikt wordt. (Zie blz. 70). Maar bij verminderde Emotie-energie zal het individu het conflict anders moeten oplossen, want bij hem wordt het hele bewustzijn door de persoonlike en sexuele complexen beheerst. Aanpassen kan hij zich niet, hij moet òf de buitenwereld te zijnen gunste forceren, òf zich van deze afkeren en niet erdoor laten beinvloeden. Het eerste is in vele gevallen onmogelik, in alle gevallen moeilik en eist dus ook weer een grote invloed van de persoonlike en sexuele complexen, die daarvoor dus in de regel niet sterk genoeg zullen zijn, omdat ook hun Emotie-energie immers verminderd is.

Er blijft dus niets anders over, dan het zich afsluiten van de buitenwereld: het autisme.

Nu is de emotionaliteit een der factoren van de Emotie-energie en wel een zeer belangrijke. Men zou dus kunnen menen, dat een verminderde emotionaliteit het autisme zeer goed zou kunnen verklaren, en zelf ook altijd tot autisme leiden moest. Het is dan ook merkwaardig, dat wij bij de minder emotioneele karakters ook veel meer geslotenheid en in zich zelf gekeerd zijn vinden, dan bij de emotionele typen (zie tabel I). Toch komt het niet tot het echte autisme bij deze mensen, en ook niet bij een eventueel pathologies verminderde emotionaliteit, omdat het conflict met de buitenwereld hier niet zo pijnlik is. Waar een voortdurende betrekking met de buitenwereld niet pijnlik is, hoeft de patient zich niet in te spannen om zich van die buitenwereld af te keren en zal hij dat dus ook niet doen.

Nog op een merkwaardigheid van praecoxlijders zou ik in dit verband willen wijzen. Bleuler [1]), vond, dat praecoxlijders een geringe behoefte tonen aan sexueel verkeer, wat o.a. blijkt uit het opvallend weinig frequent voorkomen van lues onder hen. Daarentegen is er nauweliks een ziekte, waarbij wij zoveel onanie aantreffen, als juist bij Dementia praecox. Wij zien hier m.i. aardig geïllustreerd, hoe de persoonlike en de sexuele complexen beide de psyche beheersen en beide tegelijkertijd zich uit te leven trachten. Het persoonlike complex wil alle rapport met de buitenwereld verbreken, voor het sexuele evenwel is — als het zich op de gewone wijze uitleven wil — een dergelijke betrekking onmisbaar, maar juist deze kan tot de allerpijnlikste conflicten aanleiding geven. Alleen wanneer het zich bevredigt door middel van de onanie, kan ook het persoonlike complex ongestoord blijven, en hoeft niets van het autisme te worden prijsgegeven.

In de voorgaande bladzijden hoop ik er in geslaagd te zijn, zowel de apathie als het autisme uit de vermindering der Emotie-energie te verklaren. Nu moeten de lang niet altijd voorkomende symptomen van de verschillende vormen der ziekte afzonderlik beschouwd worden, terwijl tot slot nog iets over de dementie en het uiteenvallen der persoonlikheid zal volgen.

A. *Hebephrenie.*

Deze vorm wordt zeer dikwels gesplitst in tweeën, nl. in Dementia simplex en eigenlike Hebephrenie. De Dementia simplex is dan een eenvoudige achteruitgang van het gehele geestelike leven, een afstompen tegen alle indrukken zowel van buiten als voortkomend uit eigen psychiese ervaringen, terwijl de eigenlike Hebephrenie met allerlei symptomen gepaard gaat, die door toevallige omstandigheden of door de karakteraanleg der patienten veroorzaakt worden.

Behalve apathie en autisme — meest progressief, snel of

---

1) Dem. praecox, etc.

langzaam, soms tijdelik of voor goed tot stilstand gekomen, zelden zich een tijdlang, maar nooit op den duur, herstellend — zouden wij bij een echte Dementia simplex eigenlik geen verschijnselen moeten kunnen aantonen. De patienten verliezen de belangstelling voor hun werk, hun familie, heel hun omgeving en sluiten zich geheel op in zich zelf, zonder dat zij een uitgebreid phantasties leven leven, en zonder dat het tot handelingen komt, die passen in hun realiteit, maar die met de buitenwereld een ernstig conflict geven. Het worden alleen voor hun werk minderwaardige mensen, die schoon oorspronkelik misschien van goede aanleg, het toch in de gunstigste gevallen nooit verder brengen dan tot ondergeschikte betrekkingen, in de minder gunstige tot een leven van niets doen, tot last van famielie of gemeenschap vervallen.

Het is evenwel de vraag of dergelijke, geheel eenvoudig verloopende gevallen voorkomen; in elk geval schijnen verreweg de meeste patienten zonderlingheden te vertonen en handelingen te verrichten, die sterke overeenkomst hebben met de eigenlike Hebephrenie. Een zekere gemaniereerdheid, een zekere koppigheid, lijkend op negativisme schijnen zelden te ontbreken. Er is een vloeiende overgang tot de meer uitgesproken vormen van Hebephrenie, zodat het behandelen van beide vormen onder dit hoofd, wel gewettigd is. Voor de clinicus kan het misschien van belang zijn een scheiding te maken tussen Dementia simplex, waarbij hij een steeds gelijkmatig, apathies verder leven verwachten kan, en Hebephrenie, welke hem voor vele verrassingen en de verplegers voor allerlei moeilikheden zetten kan, die scheiding blijft hoogst kunstmatig en al te vaste verwachtingen kan men aan de daarop gebouwde diagnosen niet vastknopen.

Hoe het zij: indien het al om enige reden doelmatig mag wezen een afzonderlike Dementia simplex aan te nemen, dan behoef ik toch hier niet veel meer over dit beeld te spreken, maar kan ik volstaan met een verwijzing naar de voorgaande bladzijden. Immers autisme en apathie zijn daarvan de enige verschijnselen en hoe deze uit een verlies aan Emotie-energie duidelik te maken schijnen, heb ik juist daar getracht uiteen te zetten.

Er blijft dus over: de overige symptomen van Hebephrenie uit dit verlies aan Emotie-energie onmiddellik of middellik uit autisme en apathie te verklaren.

Deze ziekteverschijnselen komen op alle gebieden van het bewustzijnsleven voor: op dat der gewaarwordingen, voorstellingen, oordelen, emoties, wilsverschijnselen.

1. *Gewaarwordingen.*

Hallucinaties en illusies komen nog al eens voor. Zoals bekend is, kan men zich het tot stand komen van deze verschijnselen op twee manieren denken, welke ook beide, zowel in het normale leven als bij allerlei ziekelike afwijkingen, inderdaad bestaan. Vooreerst kan praeoccupatie de aanleiding zijn: het bewustzijn kan zo intens met bepaalde gedachten, bepaalde verwachtingen dikwels bezig zijn en zich zo daarop concentreren, dat de voorstelling weer de levendigheid van een gewaarwording krijgt.

Het bekende voorbeeld van een hallucinatie zo ontstaan bij een psychies normaal persoon is de zieke op de operatietafel, die het mes reeds voelt, voor het hem heeft aangeraakt [1]). Een normaal voorkomende illusie wordt gewoonlik geillustreerd door het bange, angstige kind, dat 's avonds in het donkere bos in iedere boomstronk een spook of een rover ziet. Pathologies zien wij voorbeelden ervan in de hallucinaties en illusies bij angstige melancholie en bij genuïene paranoia.

Aan de andere kant evenwel kunnen hallucinaties en illusies ook ontstaan bij een zeer diffuus bewustzijn. Wanneer in het schijnbaar regelloze spel der voorspellingen, dat dan heerst, er één voor korte tijd een weinig boven de drempel van het bewustzijn komt, heeft hij al heel gauw een intensiteit bereikt, gelijk aan die van gewaarwordingen bij een dergelijke diffuze bewustzijnstoestand, en kan daarvan dus niet onderscheiden worden.

Dit is, zoals wij weten, bij normale mensen het geval in

---

1) Willekeurige hallucinaties, zoals Goethe en Beethoven gekend moeten hebben, behoren natuurlik ook tot deze kategorie.

dromen; schone pathologiese voorbeelden zien wij in de acute hallucinatore verwardheid en in het delirium tremens.

In al deze gevallen is de hallucinatie afkomstig uit het gedachtenleven van de persoon: er is dikwels een verband met de voorafgaande gedachten aan te tonen en er is nooit een oorzaak buiten het bewustzijn te vinden, die de hallucinatie of de bepaalde verandering in de waarneming, waarmee wij bij een illusie te doen hebben, verklaren kan.

Indien het niet onmogelik blijkt, moeten wij ook bij Hebephrenie de hallucinaties op dezelfde wijze opvatten, hetgeen ook werkelik tot zeer bevredigende voorstellingen leidt. Beide genoemde wijzen van ontstaan kunnen ook bij Hebephrenie-patienten voorkomen. Vooreerst kan een sterk autistiese patient zo intensief opgaan in zijn eigen gedachtencomplexen, dat de werkelikheid van het rondom gebeurende voor hem niet langer bestaat, maar zijn eigen voorstellingen de intensiteit van gewaarwordingen weder bereiken. Wij hebben dan met hallucinaties te doen door praeoccupatie. Illusies ontstaan, wanneer het autisme niet in staat is om de werkelikheid te negeren, maar wel om die onder invloed van bepaalde voorstellingen overeenkomstig deze te vervormen. Het autisme beschouwen wij als gevolg van verminderde Emotie-energie.

In de tweede plaats echter kan bij andere patienten als een gevolg van verminderde Emotie-energie een sterke bewustzijnsinzinking ontstaan. Dit is vooral het geval in zeer ernstige gevallen, waarin niet alleen de buitenwereld de patient niet genoeg interesseert, om zijn opmerkzaamheid te trekken, maar zelfs zijn eigen bewustzijnsleven niet meer in staat is zijn belangstelling gaande te maken, zó dat hij zijn opmerkzaamheid ervoor zal inspannen. Dan kunnen gemakkelik hallucinaties en illusies ontstaan, zoals wij ze in de normale dromen kennen. Maar evenals in de normale droom de hallucinatie niet door het blote toeval bepaald wordt, maar op het ontstaan ervan complexen, die om de persoonlike wensen van de dromer gegroepeerd zijn, een grote invloed uitoefenen, zo zal ook de hallucinatie van de hebephreen met lage bewustzijnsgraad nog

een uiting kunnen zijn van dezelfde complexen, die, bij hoge bewustzijnsgraad, de kern van zijn autistiese gedachten zouden hebben uitgemaakt.

Hetgeen in de voorafgaande bladzijden gezegd is, kunnen wij ook formuleren volgens de begrippen van de leer der psychiese energie.

In een diffuze bewustzijnstoestand bestaat er weinig verschil in Distantie-energie van de onderscheidene bewustzijnsinhouden: alle bezitten ongeveer dezelfde bewustzijnsgraad. Van geen enkele inhoud overweegt de Distantie-energie genoeg om sterk naar boven te komen. Bij de Hebephreen bezit ook geen bewustzijnsinhoud voldoende Emotie-energie om zich van een centrale plaats in het bewustzijn meester te maken. Een enkele zal nu en dan en voor korte tijd, door een licht overwicht wat centraler komen dan de overige, hetgeen voldoende is om de intensiteit van een gewaarwording te bereiken.

Bij praeoccupatie daarentegen bezit een bepaald complex een zo grote Emotie-energie, dat het niet alleen alle andere inhouden uit het centraal bewustzijn verdringt, maar zelfs nog een zo hoge bewustzijnsgraad kan bereiken, dat enkele voorstellingen weer in intensiteit aan gewaarwordingen gelijk worden. Bij Beethoven bezaten artistieke complexen zooveel Emotie-energie, dat hij muziek hoorde, bij Hebephrenen zijn slechts persoonlike complexen tot het veroorzaken van hallucinaties in staat.

De vraag, welke der beide ontstaanswijzen voor de Hebephrenie het meest karakteristiek is, zou ik willen beantwoorden, met er op te wijzen, dat bewustzijnsinzinkingen en wel zeer diepe en langdurige bij deze vorm van Dementia praecox veelvuldig voorkomen. De patienten liggen suf in hun bed, of lopen met een wezenloze gelaatsuitdrukking rond; zij reageren langzaam op toespraak en geven dikwels eerst verwarde antwoorden, welke ze later — een weinig uit hun sufheid omhoog getrokken — verbeteren; zij antwoorden, gevraagd waaraan zij denken, dikwels: nergens aan, ik denk niet, zonder dat wij dit als

negativisme kunnen opvatten: zij zijn nl. overigens heel gewillig. Het lijkt daarom plausiebel hun eventuele hallucinaties uit de bewustzijnsinzinking ook te verklaren, zodat ik deze ontstaanswijze voor de Hebephrenie het meest karakteristiek vind. De verklaring uit praeoccupatie past dan beter voor de paranoïede vorm. Dit neemt niet weg, dat de laatste wijze van ontstaan bij Hebephrenen, die sterk in hun waandenkbeelden opgaan en autisties zijn, ook zeer goed zal kunnen voorkomen. In mijn geringe ervaring zag ik hiervan evenwel geen duidelike voorbeelden; wel zag ik enige gevallen, waarin de lage bewustzijnsgraad de hallucinaties eenvoudig kon verklaren [1]).

2. *Voorstellingen.*

a. De hoeveelheid voorstellingen heeft bij Dementia praecox waarschijnlik niet aanmerkelik of helemaal niet geleden. Het is een quaestie, of er ooit voorstellingen verloren kunnen gaan. Velen nemen aan, dat alles wat eenmaal bewust is geweest, voor het gehele leven in het bewustzijn, zij het dan ook diep onderbewust en soms nooit voor reproductie vatbaar, aanwezig blijft. Anderen menen, dat altans bij zeer zware dementieën, zoals Dementia senilis of Dementia paralytica wel degelik voorstellingen kunnen verloren gaan. Deze houden zich strikt aan de ervaring en willen onderbewuste voorstellingen, die toch nooit weer bewust kunnen worden, als te wild hypotheties niet aannemen, de eersten zoeken met hun hypothese een gaping in de causaliteit te ontgaan.

Hoe het zij, zeker is dat voorstellingen soms onmogelik ooit weer gereproduceerd kunnen worden. Wij kunnen dus vragen naar de hoeveelheid voorstellingen, waarover de patient te beschikken heeft en dit wel: op een bepaald moment en: gedurende zijn verdere leven.

---

[1]) Een dezer patienten vertoonde soms zeer duidelik de zgn. pseudohallucinaties van Hagen: zij wist niet recht, of zij iets werkelik gewaar werd, of alleen maar een duidelike voorstelling ervan had. Dit kunnen wij moeilik anders, dan als een uiting van verlaagd bewustzijn opvatten, daar de patient zich in het geheel niet inspande om iets waar te nemen, alsof zij het verwachtte.

Op een bepaald moment heeft de normale niet de beschikking over al zijn voorstellingen. De grootste massa blijft zo ver beneden de drempel van het bewustzijn, dat zij als het ware voor de bezitter niet bestaan. Vele kan hij willekeurig oproepen, met andere gelukt dit eerst na veel inspanning, voor nog andere zijn alle pogingen vruchteloos. De Hebephreen verschilt hierin van de normale niet veel. Een zeker aantal voorstellingen is in zijn bewustzijn aanwezig, andere kan hij willekeurig oproepen, weer andere moeilik of niet. Voor dit laatste evenwel zal hij ook zelden pogingen aanwenden: door de verminderde Emotie-energie is zijn belangstelling daartoe niet groot genoeg: de gedachte iets te willen bedenken bezit niet voldoende Emotie-energie om een bewustzijnsconcentratie te bewerken, nodig voor het oproepen van de voorstelling in quaestie. Een grote hoeveelheid voorstellingen zal hij bovendien nooit wensen op te roepen, omdat zij in te verwijderd verband staan met zijn persoonlike complexen, welke alleen zijn belangstelling hebben (autisme), zodat niet eens blijken kan, of hij er gemakkelik of moeilik over zou kunnen beschikken.

Enige patienten, welke ik over bepaalde onderwerpen vragen stelde, maakten zich van de quaestie af met een kort: „ik weet niet" zonder serieuze moeite te doen de nodige voorstellingen in het centrale bewustzijn te roepen. Zij waren overigens echter volstrekt niet negativisties, daar zij zich gewillig lieten onderzoeken en de opdrachten voor experimenten nodig bereidwillig uitvoerden.

Dat in het verdere leven, b.v. gedurende een remissie of na een min of meer volledige genezing, het aantal voorstellingen, waarover de patient beschikken kan, weinig of niet geleden heeft, is een bekend feit.

Dat zij gedurende de ziekte verloren waren gegaan, is dus niet aannemelik. Remissies en genezingen zijn evenwel bij Hebephrenie zo zeldzaam, dat een uitvoeriger bespreking van dit onderwerp beter tot de Katatonie uitgesteld worden kan.

b. Er zijn, zoals wij reeds zagen, allerlei verschijnselen be-

treffende de associaties der voorstellingen, die Bleuler er toe brachten een losser worden ervan te onderstellen, zelfs als primair symptoom. Bezwaren tegen deze opvatting leerden wij ook reeds kennen: het blijkt niet, dat praecoxlijders ceteris paribus zoveel minder associëren dan normalen.

Wel moeten wij ons te dezer plaatse afvragen, welke invloed de vorming van nieuwe associaties van het ziekteproces ondervindt, en hoe het bij Hebephrenen gaat met de reeds vroeger gevormde associaties.

Om de eerste vraag te beantwoorden, doen wij weer goed na te gaan, onder welke voorwaarden in het algemeen het best associaties gevormd worden. Dan herinneren wij ons, dat bij een hoge bewustzijnsgraad deze vorming het best gaat, een zekere concentratie is er zelfs voor nodig, daar bij een zeer diffuus bewustzijn helemaal geen associaties meer gevormd worden. Hoe hoger de bewustzijnsgraad, hoe hoger staand meest ook de associatie, die gevormd wordt: gelijkheids- en contrastassociaties vereisen hoger concentratie, dan contiguïteitsassociaties. Innerlike associaties, gebaseerd op het wezenlike, het belangrijke der voorstellingen komen bij lager bewustzijnsgraad niet in zo grote mate tot stand, als uiterlike: gebaseerd op bijkomstigheden. Praeoccupatie eindelik is bevorderlik voor dikwels zeer hoogstaande associaties, maar alleen in overeenstemming met de complexen, waarmee de persoon in quaestie zo intensief bezig is. Wat in verband, dikwels in zeer verwijderd verband staat met die complexen wordt aan de voorhanden voorstellingen vastgeknoopt. Ook onverschillige zaken kunnen soms aan de complexvoorstellingen worden verbonden, zodat de omgeving, waarin men zich met de bedoelde complexen bezig hield, bij een eventuele latere reproductie van deze mede gereproduceerd wordt. Associaties tussen onverschillige voorstellingen worden evenwel niet gevormd.

Van buiten leeren is het leggen van associaties. Wanneer wij onze opmerkzaamheid daartoe inspannen, lukt het veel beter niet alleen worden de associaties vaster, zodat de reproductie

later minder moeilikheden ondervindt, ook zal bij een dergelijke hoge bewustzijnsgraad het belangrijke, de inhoud van hetgeen we te leren hebben meer invloed hebben op de associaties: deze zijn van een hogerstaande soort.

In de slaap, bij normalen wel de laagst denkbare bewustzijnsgraad, worden in 't geheel geen associaties gevormd. Wie sterk bezig is met bepaalde ideeën, een bepaalde verwachting, een bepaald plan, vormt associaties tussen de voorstellingen, waarmee hij zich bezighoudt en andere, die voor zijn plannen van belang kunnen zijn. In elk geval associeert hij allerlei aan zijn complexen, maar niet onverschillige dingen aan elkaar.

Ook van dit algemene principe moeten wij — evenals bij de hallucinaties — de geldigheid voor Hebephrenie aannemen, indien er geen tegeninstanties zijn.

Wij zagen reeds, hoe dikwels bewustzijnsinzinkingen, verklaarbaar uit verlies aan Emotie-energie, bij deze vorm van Dementia praecox voorkomen. Inderdaad worden in deze toestanden weinig en laagstaande of geen associaties gevormd. Leerlingen van middelbare scholen, waarbij wij deze vorm, zoals bekend is, nog al dikwels zien, raken achter bij hun medescholieren; het leren lukt hun minder goed dan vroeger, soms kunnen zij een hele avond over hun boeken zitten, zonder toch iets in zich opgenomen te hebben. De patienten klagen er soms zelf over, dat zij een betoog, een gesprek niet kunnen volgen; zij voelen een grote leegte in zich. Hoewel zij dit zelf als pijnlik ondervinden, is de energie van deze emotie toch niet groot genoeg om een enigszins ernstige poging mogelik te maken, zich uit de versuffing op te werken.

De nodige concentratie om associaties, vooral van een enigszins hoger type te vormen, zal de patient zelden uit eigen beweging trachten te bereiken, wanneer er voorstellingen in het spel zijn, die niet met zijn persoonlike complexen te maken hebben. Daartoe ontbreekt hem de belangstelling, d.w.z. de niet persoonlike: sociale, ethiese etc. complexen bezitten te weinig Emotie-energie.

Anders is het, wanneer de patient gepraeoccupeerd wordt door zijn persoonlike complexen. Dan is er wel een hoge bewustzijnsgraad, dan kunnen er associaties genoeg gevormd worden, maar alleen aan de complexgedachten, waarmee alles wat de patient beleeft, verbonden wordt. Omdat deze toestand van praeoccupatie en daardoor om zich heen grijpen der complexen meer dan bij Hebephrenie bij Dementia paranoïdes gevonden wordt, wil ik liever onder dit hoofd uitvoeriger op deze wijze van associatievorming terugkomen.

Werkend met de begrippen der psychiese energie kunnen wij zeggen: In het diffuze bewustzijn van de Hebephreen hebben de inhouden geen van alle voldoende Emotie-energie om ze belangrijk boven alle andere te verheffen. Energie tot het aanknopen van associaties — omzetten van Niveau-energie in Associatie-energie — is helemaal niet beschikbaar. Bij praeoccupatie bezitten persoonlike complexen der Hebephrenen wel genoeg Emotie-energie om centraal bewust te worden: veel Niveau-energie te krijgen en ook om bovengenoemde omzetting in Associatie-energie te doen plaats hebben. Er wordt dan dus aan die persoonlike complexen, welke alleen in staat zijn zoveel Niveau-energie te verkrijgen, geassocieerd, niet aan onverschillige inhouden. Voorstellingen of waarnemingen, die met het complex in overeenstemming zijn, werken daardoor emotioneel, verkrijgen ook een zekere hoeveelheid Emotie-energie en zullen dus bij voorkeur geassocieerd worden. Concentratie op complexen van sociale, ethiese etc. aard is niet mogelik; zij bezitten niet eens voldoende energie om in het centrale bewustzijn te komen, energie om in Associatie-energie omgezet te worden blijft helemaal niet over.

Wanneer wij tans nagaan, wat er bij Hebephrenie gebeurt met de reeds vroeger gevormde associaties, dan zien wij belangrijke verschillen met de normalen. Zowel in het dagelikse leven der patienten, als in het associatie-experiment, zien wij in de eerste plaats, dat dikwels het in het

centrale bewuste roepen van een voorstelling door een andere uitblijft, of veel langer duurt, dan bij normalen, en worden wij in de tweede plaats getroffen door de dikwels zeer wonderlike en bizarre combinaties van voorstellingen blijkbaar associatief verbonden.

Als steeds vragen wij ons weer af, onder welke omstandigheden bij normale personen de tijd nodig om een aan een centraal bewuste voorstelling geassocieerde ook centraal bewust te maken, verlengd is, of dit laatste zelfs geheel uitblijft. Wij herinneren ons dan, dat al weer bij een verlaagde bewustzijnsgraad dit het geval is. Er is toch een zekere opmerkzaamheid nodig om geassocieerde voorstellingen zgn. te ekphoreren. Algemeen bekend is het, dat bij vermoeidheid — 't zij geestelik of lichamelik — onze gedachtengang langzamer is. Wij kunnen vele dingen dan niet zo snel bedenken als anders: d.w.z. door middel van associaties aan wèl bewuste voorstellingen ze niet zo snel in het centrale bewustzijn roepen. Soms lukt dit zelfs helemaal niet. Wanneer men in het associatie-experiment aan een vermoeid, slaapdronken of soezerig persoon woorden toeroept, met de opdracht het eerste woord dat hem op het toegeroepene invalt te noemen, dan blijkt de tijd daarvoor nodig veel langer te zijn, dan bij een fris en wakker individu, dat zich op de proef concentreert. Ook de soort der associaties, welke wij bij een diffuus bewustzijn aan het licht zien komen, is minderwaardig: contiguïteitsassociaties overwegen verre over die van gelijkheid en contrast, klankassociaties en andere uiterlike treden ten koste van de innerlike op de voorgrond. Pathologies zien wij fraaie voorbeelden hiervan bij epilepsie. De associatietijd is tijdens de bewustzijnsinzinkingen heel sterk verlengd: het spreken wordt uiterst langzaam, iets bedenken kunnen de patienten bijna niet, experimenteel zien wij enorm verlengde associatietijden. Dat epileptici veelal alleen volgens contiguïteitsassociaties denken, is een bekend feit: het is een symptoom der epileptiese dementie en een gevolg van de permanent verlaagde bewustzijnsgraad, die wij bij de patienten aantreffen.

Verlaagde bewustzijnsgraad is evenwel niet de enige oorzaak voor een verlengde associatietijd, of zelfs het uitblijven van een voorstelling, die zich in het centrale bewustzijn dringt naar aanleiding van de aanwezige. Een hoge bewustzijnsgraad en dus ook praeoccupatie zullen over het algemeen aanleiding zijn, dat voorstellingen, met de reeds centraal bewuste geassocieerd, zeer gemakkelik en snel opgeroepen worden. Wanneer echter iemand, die zeer intensief met een bepaald gedachtencomplex bezig is, daaruit plotseling met meer of minder geweld weggehaald wordt, dan wordt wel de hem omringende omgeving op dat ogenblik centraal bewust, een tot hem gedane vraag zal hij ook wel gehoord hebben, deze „drong echter niet tot hem door": hij is in staat hem te herhalen zonder de betekenis te begrijpen: zonder dat de voorstellingen met de klankvoorstellingen der woorden geassocieerd centraal bewust worden. Nog veel minder kan hij een antwoord geven. Na enige tijd lukt dit meestal wel, maar in elk geval was toch de associatietijd zeer verlengd. De eerste voorstellingen, welke zich naar aanleiding van de gestelde vraag aan hem opdringen, zullen dikwels ook weer aan minderwaardige associaties beantwoorden op dezelfde wijze, als wij dit bij het diffuze bewustzijn zagen. Beide toestanden vertonen uiterlik grote overeenkomst.

Er is echter nog een derde reden, waarom soms de associatietijd verlengd kan zijn en minderwaardige associaties zich op de voorgrond kunnen plaatsen. Tevens kunnen voorstellingen, welke in nog veel onbegrijpeliker verband staan, door nog zonderlinger associaties met de reeds centraal bewuste verbonden zijn dan b.v. oppervlakkige klankassociaties, opgeroepen worden. Ik bedoel de gevallen, waarin een emotioneel complex invloed uitoefent op de soort, zowel als op de tijd der associaties, en die o.a. door Jung uitvoerig zijn bewerkt en welker betekenis ook door Visser [1]) is bevestigd. Door deze en andere onderzoekers werd gevonden, dat associaties op prikkelwoorden, welke voorstellingen

---

[1]) Visser. Over de vrije associatieproef als diagnosticum van voorstellingscomplexen. Diss. Groningen 1920.

wekken tot het complex behorende, dikwels langer tijd nodig hebben, van minder gehalte zijn, of op een andere wijze tot stand komen dan bij neutrale prikkelwoorden en verder nog vaak vergezeld gaan van allerlei uitdrukkingsbewegingen. Dit laatste verschijnsel is voor ons hier niet van belang, de overige kunnen wij opvatten als teweeggebracht door de remming, die het emotionele complex uitoefent op de werkzaamheid van het associëren. Deze opvatting vindt een bevestiging in de zgn. postkrietiese reakties: ook de associatietijden der — in het experiment — op de „krietiese" associaties volgende is dikwels verlengd, terwijl ook hier de soort der associatie vaak minderwaardig is. De emotie werkt nog na: de remming verlengt niet alleen de tijd voor de associatiewerkzaamheid nodig, maar verhindert ook, dat deze zo intensief wordt, als voor een hoogwaardige associatie nodig zou zijn. Zeer zonderling kunnen de associaties aandoen, die bij deze complexwerking tot uiting komen. Dikwels vinden wij bij voorbeeld de zgn. „middellike associaties", d.w.z. het prikkelwoord en het woord waarmee gereageerd wordt (of liever de voorstellingen, die door ieder van beide uitgedrukt worden) zijn niet onderling onmiddellik door een associatie verbonden, maar tussen beide ligt nog één of een hele keten van andere voorstellingen, die onderling associaties gevormd hebben, terwijl de door het prikkelwoord opgeroepen voorstelling en die van het reaktiewoord de eindschakels vormen.

De tussengelegen voorstellingen worden — ook al weer door de remmende werking der complex-emotie — niet bewust, zodat het kan schijnen, of begin- en eindvoorstelling niets met elkaar te maken hebben en de associatie volmaakt zinloos is.

Het komt mij echter voor, dat dit niet de enige aanleiding is tot het optreden van vreemde en onbegrijpelike associaties onder de invloed van een emotioneel complex. Wij moeten bedenken, dat emotionele complexen bij uitstek persoonlik zijn en individueel verschillend: juist omdat zij de drager zo zeer ter harte gaan, hebben zij zich met allerlei bewustzijnsinhouden van hem verbonden, welke misschien niemand anders heeft en niemand bij hem verwacht. Een vroegere omgeving, een schijn-

baar onbetekenende gebeurtenis, een tijdens de ontroerende gebeurtenis toevallig opgevangen geluid, geroken geur, kunnen onder de invloed van de grote Emotie-energie van het complex vaste associaties daarmee hebben aangegaan en bij het experiment weer levendig worden; voor de er buiten staande experimentator echter schijnen zij volkomen onbegrijpelik.

Pathologies zien wij deze invloed van complexen op de wijze van associëren zeer duidelik in de Hysterie, en hiervan is dan ook door onderzoekers gebruik gemaakt, om met behulp van associatie-experimenten de inhoud der complexen aan het licht te brengen.

Welke dezer storende momenten vinden wij nu bij Hebephrenie? Dat en hoe een verlaagde bewustzijnsgraad bij deze ziektevorm dikwels voorkomt, zagen wij reeds en zoo kunnen wij vele stoornissen in het weer werkzaam worden van oude associaties ons ook gemakkelik denken. Hetzelfde geldt voor praeoccupatie, die immers, hoewel voor Hebephrenie minder karakteristiek, toch niet ontbreekt. Wanneer de patient door het experiment of de eisen van het dagelikse leven uit zijn gedachten gehaald wordt, kunnen wij dezelfde vertraging en oppervlakkigheid in associatie verwachten als van de gepraeoccupeerde normale. Maar ook het derde storende moment: remmende werking van emotionele complexen, of associaties door dit complex ingegeven. komt voor. Wanneer de patient zich bewust intensief met het complex bezighoudt, verschilt zijn bewustzijnstoestand van praeoccupatie eigenlik niet: wij hebben hier meer te denken aan de invloed van onbewuste, verdrongen complexen. Deze komen bij Katatonie m.i. meer voor dan hier: er zal dan ook later nog meer over gezegd worden; ook bij Hebephrenie kan nog wel één persoonlik, maar onaangenaam complex door een ander verdrongen zijn, en toch nog zijn werking op de associaties doen gelden. Dat zijn Emotie-energie verminderd is, hoeft daarvoor niet altijd een bezwaar te zijn: wanneer het sterk door de neigingen tot zelfbehoud en zelfcultivering is beinvloed, zal het toch nog een massa Emotie-energie overhouden. Het kan dus verlengde reaktietijden zowel als zonderlinge associaties verklaren.

Wij kunnen ook hier weer zeggen: Verminderde Emotie-energie zal niet toelaten, dat een sociaal, ethies, kortom een „hoger complex" andere, persoonlike verdringt, welke door hun Emotie-energie dan nog weer de associaties beinvloeden, maar nog wel kan het ene persoonlike complex het andere verdringen. Dit heeft dan echter nog genoeg energie om zonderlinge associaties te doen optreden.

c. Geheugen. Wij onderscheiden van het geheugen verschillende elementen: Inprenting, bewaring en reproductie van voorstellingen. Daar over de hoeveelheid voorstellingen, waarover iemand te beschikken heeft, alleen een oordeel mogelik is, door na te gaan, hoe het staat met de reproductie van van vroeger bewaarde voorstellingen, hebben wij onder dat hoofd ons al met deze beide laatste elementen moeten bezig houden. Er blijft dus slechts over na te gaan, hoe het met de inprenting bij hebephrenen gesteld is, maar ook hierover kan ik na de voorgaande bladzijden kort zijn. Van inprenting kunnen wij slechts spreken, niet als een voorstelling even vluchtig bewust wordt, maar als de opmerkzaamheid er op gericht wordt, hetzij actief door een willekeurige inspanning, hetzij passief, doordat zij er heen getrokken wordt, soms tegen de wil van de persoon en ondanks zijn pogingen tot afleiding. De actieve inprenting kan gestoord zijn bij bewustzijnsinzinkingen en bij praeoccupatie door andere bewustzijnsinhouden. In geen van beide gevallen is voldoende opmerkzaamheidsconcentratie mogelik, in het eerste niet, omdat de patient zich er helemaal niet toe kan brengen, in het tweede niet, omdat de reeds bestaande, maar op andere dingen dan de voorstellingen in quaestie gerichte opmerkzaamheidsconcentratie niet opgeheven kan worden, 't geen toch eerst nodig zou zijn. Hoe deze beide toestanden bij Hebephrenie kunnen voorkomen en hoe zij beide met een vermindering der Emotie-energie in verband kunnen worden gebracht, is reeds in de vorige bladzijden betoogd. Het is niet noodig dezelfde redenering hier te herhalen.

Wij kunnen dus verwachten, dat bij Hebephrenen soms een

zeer gebrekkige inprenting van voorstellingen bestaat: dat zij niet in staat zijn te herhalen, wat zij juist gelezen hebben, of wat met enige nadruk tegen hen is gezegd. Dit is dan ook meermalen experimenteel aangetoond en ook klienies kan men het dikwels vinden. Een hebephrene patiente vertoonde bijna voortdurend een lage bewustzijnsgraad. Zij zag er zeer slaperig uit, klaagde zelf wel over sufheid, sprak zeurderig en gaf, aangesproken, zeer dikwels ten antwoord: „hè?" of „ik begrijp je niet goed." Zij was na herhaalde nadrukkelijke uitlegging van het experiment, dat ik met haar beproefde en waaraan zij zich ook heel bereidwillig onderwierp, niet in staat te herhalen, welke rol zij daarin te spelen had.

3. *Het Oordeel.*

a. Oordeelstoornissen in de vorm van waandenkbeelden spelen, hoewel zij bij Dementia paranoïdes en bij Katatonie nog belangrijker zijn, toch ook bij Hebephrenie een belangrijke rol. Wanneer wij nagaan, wat gewoonlijk beschouwd wordt, als de wijze waarop waandenkbeelden tot stand komen, dan herinneren wij ons, dat we te doen hebben met meestal onjuiste oordelen, voor correctie onvatbaar, het gehele bewustzijn vervullend en onder pathologiese omstandigheden ontstaan. Die pathologiese omstandigheden, die wij voor de onjuistheid, de incorrigeerbaarheid, het in beslag nemen van alle aandacht moeten aansprakelik stellen, bestaan in een zekere afsplitsing van alle voorstellingen, die als tegenargumenten dienst zouden kunnen doen, en een opmerkzaamheidskramp in de richting van met het waandenkbeeld overeenkomende dingen. De opmerkzaamheid heeft geen vrij spel, maar alles draait om dat ene idee, dat bovendien nog steeds in overeenstemming is met de reeds bestaande emotionele toestand van de patient: zo ontstaan kleinheidswaandenkbeelden steeds bij depressie, grootheidswaandenkbeelden bij euphorie, vervolgingswaandenkbeelden bij een gevoel van angst en onveiligheid. Het is blijkbaar de emotionele toestand, die aan het waandenkbeeld ten grondslag ligt, en het is de grote emotionele waarde of Emotie-energie van bepaalde

voorstellingen en oordelen, die ze steeds in het centrum van het bewustzijn houdt en alle er aan tegengestelde tot op zo grote afstand bant, dat er volkomen incorrigeerbare oordelen ontstaan. Nu is het verder bekend, dat de waandenkbeelden altijd in onmiddellik verband staan met de persoon van de patient zelf, die ze heeft en met zijn wensen en belangen. Daaruit blijkt, dat wij te doen hebben met complexen van persoonlike aard, waarvan de Emotie-energie over die van alle andere soorten complexen verre overwegend is geworden.

Wanneer wij dit reeds bekende, aldus geformuleerd, toepassen op de Hebephrenie, dan zien wij weer een goede overeenstemming met de hypothese van de verminderde Emotie-energie. Deze immers leidt — zoals wij vroeger uitvoeriger zagen — ertoe, dat de patient zich met zijn eigen persoonlike complexen bijna uitsluitend blijft bezighouden, terwijl de aandacht voor de andersoortige, zogenaamde hogere, geheel of grotendeels wegvalt. Daar die eigen complexen van de patient nog heel wat invloed van de emoties ondergaan, zijn alle voorwaarden voor het ontstaan van waandenkbeelden vervuld en kunnen zij, bij niet te diffuus bewustzijn dus in menigte optreden. Dat wij een lage bewustzijnsgraad bij de Hebephrenie zo dikwels zien, zal zeker de oorzaak zijn, dat waandenkbeelden er niet zo'n grote rol spelen, als bij de andere vormen van Dementia praecox. In de gevallen met hoger bewustzijnsgraad zien wij ze ook hier geregeld.

Een merkwaardige eigenschap van praecoxlijders, die wij bij de Hebephrenie misschien duideliker dan bij een der andere vormen kunnen waarnemen, is de indruk van onverschilligheid, ten opzichte van wat zij in hun eigen waandenkbeelden voor waar houden, die zij op de buitenstaander maken. Zij zijn er niet zó van vervuld, dat zij de gehele dag met niets anders bezig zijn, maar zij denken en spreken ook vaak over andere dingen. Ook deze staan wel in verband met hun complexen, maar zij hebben ze met hun waandenkbeelden niet in verband gebracht, iets, dat wij bij melancholici en paranoïci niet vinden zouden. Ook handelen zij niet naar hun waandenkbeelden.

Dit alles kan bij verminderde Emotie-energie niet vreemd schijnen, De egoïstiese complexen van de patient zijn wel alleen van het bewustzijn meester en kunnen dus zo waandenkbeelden doen ontstaan, maar zij bezitten niet voldoende Emotie-energie om de aandacht daarop steeds gericht te houden, om alle onderdelen met elkander in verband te brengen. Wanneer verschillende complex-gedachten nog wel met elkaar in een oordeel verwerkt worden, zal dat echter veel minder van een normale logiese constructie hebben, dan bij melancholie of paranoia het geval is. Om eindelik tot welbewuste handelingen in de zin van de waandenkbeelden te leiden, daartoe is de Emotie-energie eerst recht niet toereikend.

b. Stoornissen in de orientatie spelen bij Dementia praecox over het algemeen geen biezonder grote rol, kunnen echter bij Hebephrenie en bepaalde phasen van Katatonie toch wel voorkomen. Zij ontstaan over het algemeen in zeer diffuze bewustzijnstoestanden, waarin, door het niet werkzaam worden der gelijkheidsassociaties, die voor de herkenning der omgeving nodig zijn, deze uitblijft. Evenmin begrijpen de patienten iets van de tot hen gesproken woorden, ondanks eventuele krachtige pogingen, die zij daartoe aanwenden, zoals wij dat bij amentia dikwels kunnen zien. De toestanden van verlaagde bewustzijnsgraad, die wij bij Hebephrenie kunnen vinden, kunnen een dergelijke desorientatie verklaren, welke dus langs deze weg weer uit de verminderde Emotie-energie verklaarbaar is. Deze zal echter tevens tot gevolg hebben, dat wij pogingen, als van amentia-lijders, om met veel inspanning de omgeving toch te begrijpen, niet kunnen verwachten. Wij zien ze dan ook inderdaad niet.

Een tweede wijze, waarop soms desorientatie kan ontstaan, komt niet vaak voor. Het is die onder invloed van waandenkbeelden, waarin patienten zich zo hebben ingeleefd, dat zij hun omgeving geheel met die van de inhoud daarvan in overeenstemming denken. De melancholicus met zondewaan denkt zich in de gevangenis, de paranoïcus met vervolgingswaan in het

moordhol zijner belagers. Het is nodig, dat bijna alles met de inhoud der waandenkbeelden wordt in verband gebracht, zullen wij deze soort van desorientatie te zien krijgen. Wij zullen ze dus bij praecoxlijders zelden zien. Persoonlik ken ik er dan ook geen gevallen van.

4. *Emoties.*

De belangrijkste afwijking op het gebied der aandoeningen, die wij bij alle vormen van Dementia praecox terug vinden, maar die zeer goed reeds nu onder de Hebephrenie besproken kan worden, is wel de zogenaamde inadaequate gevoelsreaktie. Hieronder verstaat men een disharmonie tussen de emotionele reaktie van de patient en de uitwendige situatie niet alleen, maar ook de overige bewustheidsinhoud van de patient, voor zoover die uit zijn woorden of andere uitdrukkingsmiddelen blijkt. Een normale zou anders reageren, soms sterker in dezelfde zin als de patient, soms zou hij een of andere reaktie vertonen, waar die bij de praecoxlijder uitblijft, soms zou de normale reaktie juist tegengesteld, soms van geheel andere aard zijn, dan wij bij de patient zien. Bekend genoeg zijn de voorbeelden van patienten, die op een slecht nieuws met lachen en tekenen van vreugde reageren, van anderen, die bij gelukkige tijdingen een huilbui krijgen en hevig verdriet uiten. Dan weer wordt een bericht, dat door normalen met schrik en ontsteltenis of wel met vreugdige verrassing zou worden opgenomen, met ijzige kalmte opgevat. Soms ook treedt er een reaktie van toorn op, waar wij bij normalen een vroliksheidsuiting zouden zien. Soms breken lach- en huilbuien, aanvallen van grote woede uit, zonder dat er voor een normale enige aanleiding tot emoties geweest zou zijn. Ook kunnen wij soms heftige toornaanvallen zien naar aanleiding van feiten, die ons zelf hoogstens een lichte ergernis zouden hebben bezorgd.

Dit verschijnsel is steeds wel als een der vreemdste van Dementia praecox beschouwd, één, dat juist maakte, dat men in een praecoxlijder zo moeilik zich indenken kon. Om de zaken voor ons minder onbegrijpelik te maken — want juist een

veranderde emotionele reaktie doet de lijder wel heel ver van ons normalen afstaan — heeft men dikwels gewezen op de mogelikheid, dat wij niet met andere emoties te doen hadden, maar alleen met uitdrukkingen, die niet bij de werkelik voorhanden emoties passen, of die optreden, zonderdat er van een werkelike emotie sprake is. En inderdaad, dergelijke gevallen komen voor bij praecox en niet eens zo zeldzaam. „Ik lach, maar ik ben niet vrolik," of „Ik moet aldoor schreien, hoewel ik toch helemaal niet verdrietig ben," zijn uitspraken, die men nog al eens van patienten te horen krijgt. Maar daartegenover staan zeer veel gevallen, waarin de patient zelf beweert wel degelik de emotie gevoeld te hebben, waarvan zijn uitdrukkingswijze blijk gaf, hoewel die niet bij de situatie paste.

Het is echter zeker niet waar, dat een dergelijke verkeerde wijze van emotioneel reageren bij normalen helemaal niet aangetroffen wordt, al zullen wij die bij hen ongetwijfeld lang zo vaak niet aantreffen als bij praecoxlijders. Wanneer iemand in gezelschap een geestigheid vertelt, dan lachen de anderen: zij ondervinden de aandoening van het komiese. Wanneer echter het een geestigheid is ten koste van een der aanwezigen, dan zal deze heel dikwels dezelfde aandoening niet ondervinden, maar kan het zijn dat hij boos wordt. Bij hem worden andere complexen geraakt, dan bij de overigen, waardoor de toornreaktie optreedt. Wij ondervinden dit niet als een inadaequate emotionele reaktie, omdat wij kunnen begrijpen, welke gedachten bij hem worden gewekt en hoe hij daarop met toorn reageert. Gesteld echter, dat de andere aanwezigen wel de geestigheid kunnen begrijpen, maar niet kunnen weten, welke toespeling ten koste van die ene persoon zij inhoudt, dan zal zijn toorn, terwijl alle anderen lachen, wel de indruk moeten maken van een inadaequate emotionele reaktie. Wanneer er bij iemand andere complexen getroffen worden, dan wij uit de ons bekende omstandigheden kunnen afleiden, dan zal zijn emotionele reaktie — hoewel aan de werkelike situatie volkomen adaequaat — op ons de indruk maken geheel inadaequaat te zijn. Dat een dergelijke gang van zaken bij praecoxlijders inderdaad mogelik is, blijkt uit een

voorbeeld, dat Bleuler geeft. Een patient krijgt het bericht, dat zijn vader overleden is en reageert daarop niet met schrik en droefenis, maar met vreugde. Bij navragen bleek, dat hij zich verheugde op de brieven met zwarte randen, die hij nu zou krijgen. Het complex van de liefde en gehechtheid aan zijn vader had blijkbaar te veel van zijn betekenis verloren om nog aanleiding tot een enigszins belangrijke emotie te geven, daarentegen wekte de gedachte aan brieven met rouwranden, waarschijnlik omdat die in verband stond met complexen zijn eigen persoon betreffend, een volkomen adaequate euphoristiese reaktie. Ook hier was dus de inadaequatie slechts schijnbaar.

Daar nu praecoxlijders door hun verminderde Emotie-energie: hun autisme voornamelik van zo geheel andere complexen vervuld zijn dan normalen, zonderdat zij die uiten, kan het heel dikwels voorkomen, dat er andere complexen getroffen worden, dan wij zouden verwachten, waardoor de indruk van een inadaequate emotionele reaktie kan ontstaan. Wanneer dan ook een voorval, dat bij normalen grote droefenis zou veroorzaken, door een praecoxlijder zonder emotie wordt opgevat, dan behoeft dit helemaal niet te pleiten voor een gebrek aan emotionaliteit, maar kan moeten worden toegeschreven aan het vervuld zijn met geheel andere dingen. Zoals wanneer een moeder, die in angst zit over haar ernstig ziek kind, het bericht van een gevoelig financieel verlies kan horen, zonder er de minste emotie aan te verbinden.

Bij het verhaal van een scheepsramp zullen alle toehoorders een onlustemotie ondervinden, maar kan het zijn, dat één van wie een nabestaande mede verongelukte, met een hevige stomme smart geslagen wordt, die de anderen onbegrijpelik voorkomt. Zo kan een overdreven emotionele reaktie van praecoxlijders ook veroorzaakt worden door het getroffen worden van complexen, die bij normalen niet in het spel komen.

Een verschrikkelik nieuws kan soms eerst alle emotionele reaktie onmogelik maken. Bekend is ook, hoe een candidaat de goede uitslag van een examen, vooral als die tegen alle verwachting in komt, kan aanhoren, zonder voorlopig in staat te

zijn vreugde te voelen. Het dringt niet tot hem door. Het geweldige en het onverwachte van het feit brengen, wat men wel noemt een emotie-stupor te weeg. Vertraagde emotionele reaktie zien wij bij Dementia praecox ook dikwels. Hiervoor een soortgelijke genese aan te nemen, schijnt mij niet irrationeel.

Wanneer wij echter werkelik te doen hebben met het optreden van uitdrukkingsbewegingen, zonder dat werkelike emoties daaraan gepaard gaan, dan kunnen wij ook daarvan analogieën bij normalen vinden. De lachstuipbuien van bakvissen drukken niet altijd een lustemotie uit: zij weten niet, waarom zij lachen, zij ondervinden de lachkrampen op den duur zelfs als zeer onaangenaam, zonder ermee te kunnen ophouden. Het komt, dunkt mij, voor bij verlaagde bewustzijnsgraad, want dergelijke buien vallen juist in de leeftijd, waarin bewustzijnsinzinkingen het frequentst zijn, zij komen voor in vervelende lessen op school en bij vermoeidheid. Een kleine aanleiding, die een lustemotie opwekte, is er wel altijd geweest, maar vaak direct vergeten.

Bij Hebephrenie, waar een verlaagde bewustzijnsgraad ook zo dikwels wordt aangetroffen, kunnen wij de uitdrukkingsbewegingen zonder emotie wel als op dezelfde manier ontstaan denken.

Depressie- en angsttoestanden zijn andere afwijkingen op het gebied der emoties, die wij bij Hebephrenie aantreffen kunnen. Maniakale buien zijn zeldzamer. Zij alle staan in verband met de complexen, waarvan de patienten vervuld zijn en vormen reakties daarop. Er kunnen zich daarbij echter nog allerlei eigenaardigheden voordoen, waarop het echter beter is vooreerst nog niet in te gaan, daar zowel deze toestanden zelf als vooral hun eigenaardige en zonderlinge vormen veel meer bij de Katatonie, dan bij de Hebephrenie aangetroffen worden.

Een gevoel van wantrouwen jegens de omgeving komt bij Hebephrenie ook nog al eens voor, speelt echter bij de Dementia paranoïdes een zo overwegende rol, dat een nadere bespreking ervan alleen onder dat hoofd op zijn plaats is.

5. *Wilsverschijnselen.*

Een der symptomen, die op dit gebied der psychologie liggen, is de stupor, het geheel of bijna roerloos en sprakeloos neerliggen der patienten, die dikwels urine en faeces laten lopen en ogenschijnlik noch deelnemen aan het leven om hen heen, noch de indruk maken, dat er veel in henzelf omgaat. Bij latere ondervraging der patienten echter, blijkt meestal, dat dit laatste slechts schijnbaar was: in de meeste gevallen is er een zeer sterk innerlik leven: allerlei gedachten gaan de patienten door het hoofd, allerlei emoties doorleven zij, hallucinaties zijn ook lang niet zeldzaam. Zeer dikwels zien wij achteraf ook nog, hoe de lijders in hun stupor merkwaardig goed hun omgeving gevolgd hebben en daarvan ook nog veel, in enkele gevallen zelfs verbazingwekkend veel hebben onthouden. Bij Hebephrenie zien wij een stupor lang niet zo vaak als bij Katatonie optreden, maar toch dikwels genoeg om een bespreking hier, die dan later met de eigenaardigheden van de katatone stupor kan aangevuld worden, alvast te wettigen.

Gaan wij na, welke oorzaken in het algemeen stupor bewerken kunnen, dan vinden wij er verscheidene. In de eerste plaats remming: alle functies kunnen hierdoor zo verlangzaamd en van kracht beroofd zijn, dat de patient tot niets meer komt en zich verwaarlozend maar stil heenliggen blijft. Melancholie, waarvan de remming een der primaire symptomen is, kan ons deze soort stupor vertonen. Angst is een andere oorzaak voor stupor, die wij eveneens bij Melancholie, echter niet alleen daar aantreffen. Deze bewerkt een houding van afweer ten opzichte van de buitenwereld. De patienten liggen met krachtig gespannen spieren, wijd open ogen en dikwels met van het kussen opgeheven hoofd in hun bed. Zij zijn niet te bewegen, een verzet tegen elke ingreep uit de buitenwereld doet zich gelden. Soms zijn de rusteloos ronddwalende ogen het enige beweeglike aan de patient. Voorts kan nog een sterk doorgedreven negativisme de oorzaak zijn van een stupor, die wel wat op de angststupor lijkt, maar door zijn nog sterker verzet tegen invloeden van de buitenwereld, het ontbreken van tekenen van

angst als wijd open en zwervende ogen, de zonderlinge houdingen van de patient daarvan verschilt. Het is de soort stupor, die wij vooral bij Katatonie aantreffen. Wanneer eindelik een stupor veroorzaakt wordt door gebrek aan belangstelling in de buitenwereld en een vergevorderd autisme, dan hebben wij wel met een verwante oorzaak te maken en zijn er ook talloze overgangen naar de negativistiese stupor, maar blijven er tussen de duidelike gevallen toch altijd kenmerken van verschil. Zo kan elke afweer ten opzichte van de omgeving bij de laatste vorm ontbreken, er is geen spierspanning, ja er kan zelfs flexibilitas cerea bestaan. Het is deze vorm van stupor, die, hoewel ook bij Katatonie niet zeldzaam, bij Hebephrenie nog al eens gezien wordt. Hoe bij verminderde Emotie-energie de complexen, die op verkeer met de buitenwereld betrekking hebben, langzamerhand al hun betekenis verliezen, terwijl voor eigen wensvervullingen in de phantasie en andere phantastiese gedachten alleen belangstelling overblijft, hoef ik na het vroeger uiteengezette niet meer uitvoerig te betogen. Deze soort stupor is van het verlies van Emotie-energie, mits het groot genoeg zij, niet meer dan een natuurlijk uitvloeisel.

Een ander abnormaal wilsverschijnsel is dat der impulsieve handelingen, die wij ook dikwels bij Hebephrenie kunnen aantreffen. Een oorzaak hiervoor kan men met goed gevolg zoeken in bewustzijnsinzinkingen, waardoor een bovenkomende voorstelling niet met andere in voldoend verband gebracht kan worden en zo onmiddellik motief wordt voor een handeling, ja zelfs zich dikwels zo maar, zonder enige tussenschakel in een handeling omzet. De talrijke impulsieve handelingen bij epilepsie worden op deze wijze verklaard. Toch kunnen deze bij Hebephrenie niet de enige oorzaak zijn, want bij de andere vormen, waar wij bewustzijnsinzinkingen in veel mindere mate aantreffen, komen impulsieve handelingen minstens even frequent voor. Het handelen op één motief, zodra dit in het bewustzijn opduikt, moet dus op andere wijze verklaard worden. Plotseling kunnen de patienten iemand een klap in zijn gezicht geven, een ruit

inslaan, een voorwerp in hun omgeving vernielen. Wanneer bij een normale de aandrift tot zo iets zou opkomen, zouden direct allerlei tegenmotieven in zijn bewustzijn verschijnen. Het letsel, dat zij zouden veroorzaken, de schade die zij zouden aanrichten, zou hun zo tegen de borst stuiten, dat het niet tot de handeling zou komen. Hun medeleven met en hun respect voor de omgeving zouden een sterk, meestal voldoende tegenmotief tegen hun impuls vormen. Bij praecoxlijders echter bewerkt het verlies aan Emotie-energie juist dezer complexen van gevoel en respect voor de omgeving, dat zij zich niet meer doen gelden, zodat een aandrift, die in het spel hunner eigen phantastiese gedachten toevallig bovenkomt, geheel vrije baan heeft en zich onmiddellik in een handeling kan omzetten. Juist omdat er geen tegenmotieven te overwinnen zijn, is de energie, die deze bewustzijnsinhoud verbruiken moet om centraal te worden en zich in die positie te handhaven, uiterst klein, zodat er vrij veel Niveau-energie overblijft, die zich in een handeling kan ontladen, zelfs al was de oorspronkelike Emotie-energie van deze inhoud ook betrekkelik klein. Verminderde Emotie-energie kan dus impulsieve handelingen goed verklaren.

B. *Katatonie.*

De beschouwing der verschillende symptomen heeft bij de bespreking der Hebephrenie enigszins uitvoerig moeten wezen, daar verschillende ontstaanswijzen en vergelijkingen met het normale leven of andere ziektetoestanden noodzakelik waren. Daar dit alles hier niet herhaald hoeft te worden en daar de verschijnselen van Katatonie niet in wezen verschillen van de Hebephrenie, maar alleen hier sterker of zwakker zijn, daar andere groeperingen vormen, kan ik hier veel korter zijn. Dit geldt allereerst de

1. *Gewaarwordingen.*

De hallucinaties en illusies, die ook hier een belangrijke rol spelen, kunnen weer uit dezelfde oorzaken: bewustzijnsinzinkingen en praeoccupatie verklaard worden. Alleen meen

ik, dat de bewustzijnsinzinkingen, die bij Katatonie veel minder frequent optreden, hier een geringere rol spelen, terwijl meer aan de praeoccupatie zal moeten worden toegeschreven. Van deze praeoccupatie blijkt dikwels op het eerste gezicht niet veel, daar de patienten zich niet uiten, maar dikwels geheel mutisties, of vrijwel zinloos bazelend rondlopen. Dat deze echter toch bestaat, kan blijken uit enkele uitingen van de patient, soms uit gesprekken in een remissie over de vroegere katatone toestand gehouden en uit de waandenkbeelden, die dikwels blijken te bestaan. Een enkele maal ook uit de belangstelling, die de patienten door ingespannen kijken, luisteren, ruiken, voor hun hallucinaties aan den dag leggen, al zal deze vaker onevenredig gering schijnen. De Emotie-energie van hun eigen persoonlike complexen is wel groot genoeg om deze voortdurend alleen in het centrale bewustzijn aanwezig te doen zijn, zelfs met zo'n grote intensiteit, dat deze de duidelikheid van gewaarwordingen evenaart, maar toch niet groot genoeg om een voortdurend op die schijnbare gewaarwordingen gerichte opmerkzaamheid te onderhouden. De patienten zijn wel voortdurend door hallucinaties in beslag genomen, zij gaan er echter vaak niet in op, zodat een duidelike emotionele reaktie erop zelfs achterwege kan blijven. Met het tot stand komen van de gewaarwording is de energie dezer bewustzijnsinhouden uitgeput: andere werkingen in het bewustzijn kunnen niet meer plaats vinden.

2. *Voorstellingen.*

a. Het aantal voorstellingen, waarover een katatone patient te beschikken heeft op een bepaald moment, is dikwels gering. Dit openbaart zich op nog duideliker wijze dan bij Hebephrenie door zijn neiging tot stereotypieën, tot verbigereren. Het laatste symptoom, dat ook bij sterk demente psychosen als Dementia senilis en Dementia paralytica voorkomt, wordt gewoonlik beschouwd als een teken van vergaande ideeënarmoede. Daar evenwel bij Katatonie later heel dikwels — hetzij in een remissie, hetzij in een andere phase van de psychose met beweegliker phantasie — blijkt, dat de

patient over een ongedachte rijkdom aan ideeën en voorstellingen beschikken kan, moeten wij het verschijnsel hier aan een momenteel niet beschikken kunnen over die voorstellingen toeschrijven. De reden is weer dezelfde als bij Hebephrenie: niet voldoende Emotie-energie om een bewustzijnsconcentratie te bewerken, nodig voor het oproepen der voorstellingen. Andere staan te ver van de persoonlike complexen af, om voldoende belangstelling te wekken, zodat ze nooit of gedurende lange tijd niet opgeroepen worden.

Wat het aantal voorstellingen, waarover de patient beschikt gedurende zijn verdere leven, betreft, wij zien daarbij de meest denkbare verscheidenheid. Kan het zijn, dat het aantal beschikbare voorstellingen gedurende een steeds verder afstompend Katatonie-geval voortdurend gering blijft, of zelfs steeds kleiner wordt, op dezelfde wijze als wij dat bij de Hebephrenie ook zo dikwels zien, veel vaker komt het voor, dat hetzij in een remissie weer een overvloed van voorstellingen, die lange tijd latent waren, beschikbaar komt, hetzij in een andere phase vele voorstellingen zich een weg naar boven banen, waardoor op zeer avontuurlike wijze over alles en iedereen gepraat en gephilosopheerd wordt.

Hebben wij met een werkelike remissie te doen, dan is er een verbetering in het hele ziekteproces, niet alleen een vermindering van enkele verschijnselen, maar een teruggang van de ziekte in zijn wezen. Wij moeten ons dan dus voorstellen, dat de Emotie-energie der verschillende bewustzijnsinhouden, die op de hoogte van de psychose sterk verminderd was, weer groter wordt en bijna of geheel weer tot het peil van de normale mens stijgt. De complexen van altruïstiese, sociale, artistieke en waarheidlievende aard hernemen dan ook weer hun oude positie, zij verkrijgen meer belangstelling en de patienten zullen weer meer moeite doen, voorstellingen daarmee in verband staande in het bewustzijn te roepen en er komt dus weer gelegenheid voor allerlei voorstellingen, die vroeger geen kans hadden centraal bewust te worden, die positie te erlangen. Het

spreekt dus van zelf, dat de patienten de beschikking over veel voorstellingen weer terugkrijgen. Alleen wanneer er een sterke dementie was ontstaan, zouden wij ons kunnen denken, dat ook bij herstelde Emotie-energie de beschikbaarheid van een groot aantal voorstellingen verloren gegaan was. Maar dit zien wij bij de remissies der katatone patienten nu juist niet, of altans zelden. Alleen op den langen duur, na dikwels herhaalde en langdurige katatone perioden kunnen wij wel eens een echte dementie zien optreden, die dan soms zal op te vatten zijn als een complicerende Dementia senilis, zoals wij ook bij de manies-depressieve psychose vaak aantreffen, soms als een inactiviteits-dementie, vergelijkbaar met inactiviteitsatrophie van organen, die lang buiten gebruik gesteld geweest zijn.

In het geval echter, dat wij te doen hebben geenszins met een remissie, maar slechts met een andere phase van de overigens even heftige psychose, moeten wij het ter beschikking komen van meerdere voorstellingen aan andere oorzaken toeschrijven. Dezelfde persoonlike, egoïstiese complexen domineren dan in het bewustzijn, maar zij hebben zich alleen maar met veel meer voorstellingen van allerlei aard verbonden, trekken deze van tijd tot tijd ook in het centrale bewustzijn en doen daar allerlei werkingen ontstaan: associaties, oordelen worden met behulp dier voorstellingen gevormd, tot handelingen — dikwels stereotype of absurde — geven zij aanleiding. Zo heeft het de schijn, alsof wij wel degelik van een vermeerdering van Emotie-energie moeten spreken: immers al deze werkingen vereisen een zekere mate van energie — wij zagen dit vroeger — en het is juist naast de Distantie-energie de Emotie-energie, die hiertoe een groot deel bijdraagt. Natuurlik is een dergelijke stand van zaken ook zeer wel mogelik en zal ook dikwels genoeg voorkomen; wij hebben dan met een kleine remissie te doen, niet groot genoeg om de persoonlike complexen hun dominerende positie te doen verliezen, maar wel groot genoeg om hun invloed op allerlei verwijderde voorstellingen te doen toenemen, en allerlei werkingen op en met die voorstellingen mogelik te maken. Als zulke kleine remissies evenwel behoeven wij die phaseverande-

ringen der Katatonie geenszins altijd te beschouwen. Wanneer wij opmerken, dat een tijd van druk redeneren, op zonderlinge, absurde en „zerfahren" wijze philosopheren over de meest uiteenliggende en moeilikst toegankelike onderwerpen dikwels volgt op een katatone stupor of altans een tijd, waarin de patient uitermate stil en in zich zelf gekeerd was, dan kunnen wij ons evenzo voorstellen, dat de op zich zelf verminderde Emotie-energie eerst gebruikt werd om zich af te sluiten van de buitenwereld en actief zoveel mogelik alle rapport te verbreken, maar na de verandering hiervoor geen dienst meer doet, en — vrijgekomen — allerlei voorstellingen binnen het centrale bewustzijn roept en zich omzet in andere soorten van energie als associatie-, oordeels-, wilsenergie. Dat dikwels de energie hiervoor verbruikt nog niet zo heel groot is, blijkt uit de minderwaardigheid der associaties, oordelen en handelingen, die wij meestal zien. In enkele gevallen zijn het echter waardevolle — hoewel bizarre — intellectuele of artistieke praestaties, die patienten in een dergelijke phase leveren.

Waardoor de overgang van de ene phase in de andere tot stand komt, waag ik niet te gissen. Waarschijnlik spelen individuele omstandigheden daarbij een belangrijke rol.

b. Handelend over het gedrag der Associaties bij Katatonie, komt weer eerst de vraag naar de vorming zulker voorstellingsverbindingen aan de orde. Wij zagen, dat die slecht is bij diffuus bewustzijn, toestanden daarvan zijn echter voor Katatonie niet karakteristiek. Toch kunnen wij dikwels van vorming van nieuwe associaties ook bij katatonici niet veel bespeuren: in stupor en verwante toestanden nl., hoewel wij hier zeker niet van een verlaagde bewustzijnsgraad kunnen spreken. Het grootste deel der opmerkzaamheid is echter in beslag genomen door de pogingen een afwerende houding in te nemen ten opzichte van de buitenwereld, zodat er weinig energie overblijft voor de voorstellingen en de gedachtengang zelf der patienten, te weinig meestal om tot de vorming van nieuwe associaties veel bij te dragen. Alleen zouden wij kunnen

verwachten, dat er nieuw geassocieerd worden zou aan die pogingen tot afweer ten opzichte van de buitenwereld zelf: aan het onderhouden van de stuportoestand dus. Na afloop van de stupor kan dit dikwels ook werkelik blijken gebeurd te zijn, zoals later nog uitvoeriger ter sprake zal komen.

Bevorderlik voor het tot stand komen van nieuwe associaties is een hoge, beweeglike bewustzijnsgraad. Bij katatonici hebben wij deze toestand enigszins verwezenlikt in de drukke, maniakale buien, die tussen de stupores in liggen. Niet alleen allerlei voorstellingen komen dan in het centrale bewustzijn, ook allerlei associaties gaan deze aan; zoals reeds werd opgemerkt, meest niet van zeer hoogstaande aard, omdat daartoe niet voldoende energie voorhanden is, enkele malen kunnen wij echter door het tot stand komen van zeer hoogstaande associaties verrast worden.

Praeoccupatie is ook wel geschikt voor de vorming van associaties, zij het dan steeds in een bepaalde richting. Wij vinden dit dan ook wel bij de melancholiese buien met depressieve waandenkbeelden (kleinheidswaan), hoewel natuurlik de tegelijkertijd optredende remming weer niet bevorderlik is voor associatievorming. Allerlei waarnemingen echter worden met de depressieve ideeën toch wel in verband gebracht en later er weer mede gereproduceerd. Minder door remming gehinderd vinden wij hetzelfde bij het optreden van grootheidswaan. Dan kunnen ook inderdaad allerlei associaties gevormd worden, die altijd in de richting dier waandenkbeelden gaan.

Hoe gaat het bij Katatonie met de al vroeger gevormde associaties? Wij zagen reeds, dat voor lange reaktietijden en minderwaardige associaties drie ontstaansmogelikheden denkbaar zijn, en ook inderdaad voorkomen: diffuus bewustzijn, praeoccupatie door iets anders dan het prikkelwoord, remmende werking van emotionele complexen. Niet uit te sluiten, maar — naar reeds werd opgemerkt — voor Katatonie allerminst karakteristiek is de eerste mogelikheid: slechte praestaties door diffuus bewustzijn. Van meer belang is de tweede soort invloeden op de associatiewerkzaamheid; praeoccupatie door waandenkbeelden

komt in de melancholiese stadia vooral veel bij katatone patienten voor. De algemene remming zal natuurlik ook een ongunstige invloed op de associatiewerkzaamheid uitoefenen en voor het slechte resultaat mede aansprakelik zijn, maar juist bij Dementia praecox kunnen wij gedeprimeerde toestanden zonder veel remming nog al eens waarnemen en lange reaktietijd en minderwaardigheid der associaties mag dan wel op rekening der praeoccupatie gesteld worden. Grootheidswaandenkbeelden kunnen dezelfde invloed uitoefenen.

Van veel meer belang is echter nog de remmende werking door emotionele complexen uitgeoefend. De zonderlinge en absurde associaties, de middellike associaties, die in vele gevallen van Katatonie aangetoond zijn, de verbazend wisselende reaktietijd: van uiterst lang tot vrij kort, zij wijzen alle op dergelijke complexinvloeden. Zoals reeds gezegd (blz. 94), moeten wij hier denken aan de invloed van verdrongen onderbewuste complexen, die werkt op dezelfde wijze, als in het normale leven. Wij kunnen ons verschillende redenen denken, waarom bij Katatonie complexen verdrongen zouden zijn. In de eerste plaats kunnen wij met een zeer licht geval te doen hebben, b.v. heel in het begin van de ziekte of gedurende een remissie, zó dat de sociale en ethiese complexen nog niet hun invloed op het psychiese leven verloren hebben. Toch is er al een vermindering der Emotie-energie gekomen, hetgeen maakt, dat de normale harmonie met de persoonlike en egoïstiese complexen niet gehandhaafd kan worden. Normaal toch komen tussen beide groepen wel dikwels conflicten voor, maar zij worden opgelost door nu eens een overwinning van de ene, dan van de andere groep, zonder dat dit tot verdringingen aanleiding geeft. En aan een groot deel der handelingen liggen motieven uit beide soorten complexen afkomstig ten grondslag. De „hogere" complexen zullen bij de meeste mensen zonder al te veel moeite een regulerende werking op het gehele leven blijven behouden. Is echter de Emotie-energie dusdanig afgenomen, dat die regulering niet meer zonder moeite kan plaats vinden, dan zal het mogelik zijn, dat de enige oplossing gevonden wordt in

het totaal onderdrukken: naar het onbewuste verdringen der persoonlike complexen. Een verbazend strenge morele opvatting en een uiterst consequente doorvoering daarvan tot in het phariseïese toe kunnen wij in het begin van Dementia praecox dan ook vrij dikwels waarnemen. De verdrongen persoonlike complexen kunnen dan hun invloed op het associatieverloop doen gelden.

Is de ziekte wat verder voortgeschreden, dan kan het zijn, dat de persoonlike complexen reeds de overhand in het bewustzijn hebben gekregen. Zij laten zich dan door de zoveel zwakkere ethiese, sociale, enz. complexen niet meer verdringen, maar wel kan het zijn, dat deze nog een hinderlike tegenwerking zouden kunnen uitoefenen op de phantasieën en handelingen, waarin de patient bevrediging voor zijn egoïstiese aspiraties zoekt. Zij kunnen daarom op hun beurt verdrongen worden en nu — dezelfde rol spelend — een verslechtende invloed op associatiewerkzaamheid uitoefenen.

Is eindelik de ziekte nog verder gevorderd, dan is er van een werkelike invloed der sociale complexen geen sprake meer, maar kan wel het ene persoonlike complex, omdat het daaraan tegenstrijdig is, door het andere worden verdrongen en daardoor weer tot dezelfde verschijnselen leiden.

Natuurlik kunnen wij bij de andere vormen van Dementia praecox hetzelfde verwachten, maar bij Katatonie, waar zoveel meer remissies gezien worden en het verloop over 't geheel zoveel meer wisselend is, komen dergelijke verdringingen toch veel vaker voor en springen zij in elk geval meer in het oog.

c. Over de symptomen op het gebied van het geheugen, nl. op dat van de inprenting van voorstellingen, valt niet veel te zeggen. De slechte praestaties, die wij ook hier bij Katatonie kunnen vinden, moeten meer aan praeoccupatie door waandenkbeelden e.d. worden toegeschreven, dan aan bewustzijnsinzinkingen. Merkwaardig is alleen nog, wat wij dikwels waarnemen bij stuportoestanden. Vooral Berze en Bleuler hebben beschreven, hoe na afloop van een stupor de patient dikwels met verbazingwekkende nauwkeurigheid kan meedelen, al wat

in die dagen in zijn omgeving gebeurd is. De kleinste kleinigheden, welke op de ziekezaal voorgevallen zijn, maar die een normale allang weer vergeten zou zijn, kunnen deze patienten naar waarheid reproduceren. Er is dus in elk geval een goede inprenting geweest, en dat niet omdat er niets anders dan de waarneming van de omgeving in het bewustzijn was, integendeel het bewustzijn was juist vervuld van allerlei phantasieën en wensvervullingen en deed daarbij een poging om zich zoveel mogelik tegen de buitenwereld te verzetten en zich er van af te sluiten. Dit schijnt vreemd bij een zo goede herinnering en dus ook waarneming van alles wat in die buitenwereld voorviel, maar hierbij moeten wij opmerken, dat van een echte belangstelling in die gebeurtenissen geen sprake is: dan toch zou er een zekere selectie in het waargenomene, altans in het onthoudene merkbaar zijn en het voor de patient belangrijke op de voorgrond gekomen, het onbelangrijke als achtergrond vaag en onzeker gebleven zijn. Hiervan zien wij niets: met een zelfde nauwkeurigheid worden alle gebeurtenissen opgenomen, de geringste en de meest ingrijpende, zonder enig onderscheid naar de belangrijkheid. Een actieve inspanning van de opmerkzaamheid, om de gebeurtenissen in de buitenwereld zich in te prenten, is er dus niet, want die zou 't gevolg van belangstelling wezen; wel echter is er een actieve inspanning van de opmerkzaamheid tot afweer van de omgeving, tot het buiten het autistiese gedachtenverloop houden van de dingen van buiten. Deze inspanning is intensief en — schoon onbedoeld — toch secundair op de buitenwereld gericht, vandaar dat wij ons de vorming van vaste associaties van het daar gebeurende aan de voorstellingen van het in stand houden van de stupor zeer goed kunnen voorstellen. Een goede inprenting is daarmee gegeven, maar het ontbreken van belangstelling voor het ingeprente verklaart het gebrek aan relief.

3. *Het Oordeel.*

a. Dat bij Katatonie onder invloed van persoonlike complexen, waarmee de patienten zich bijna uitsluitend bezighouden, op

dezelfde wijze als onder Hebephrenie beschreven vele waandenkbeelden ontstaan, behoeft hier nauweliks vermeld te worden. Wel echter dienen enige woorden gewijd te worden aan het feit, dat zo dikwels de waandenkbeelden van katatone patienten weinig in overeenstemming schijnen met dergelijke complexen, ja dikwels zelfs op een geheel neutraal terrein, dat met de persoonlikheid van de lijder niets uitstaande heeft, schijnen te liggen. Wij moeten wel in de eerste plaats bedenken, dat de volle omvang dier persoonlike complexen ons meestal onbekend zal zijn, daar het autisme en de geslotenheid der patienten van zelf meebrengen, dat zij op een andere wijze, dan door de spaarzame uitingen hunner waandenkbeelden, over hun complexen niets loslaten. Daardoor kan de samenhang van complexen en waandenkbeelden dikwels lang verborgen blijven, maar later in een mededeelzamer stadium der lijders of door ons te verdiepen in de voorgeschiedenis der ziekte, mede met behulp van een anamnese van famielieleden opgenomen, toch nog blijken. Meestal echter gebeurt dit niet, en hoewel in autistiese geslotenheid daarvoor misschien verklaring genoeg te vinden zou zijn, is het toch wel bevredigend, dat wij nog andere redenen voor deze stand van zaken kunnen aangeven.

Hiertoe moeten wij ons eerst even met een andere stoornis op het gebied van het oordeel en de uitdrukking daarvan bezig houden. Het is bekend, dat zo dikwels meningen door de patienten worden geuit, zonderdat zij de daaruit volgende conclusies trekken, of dat tegenstrijdige oordelen vlak na elkaar of zelfs tegelijk en naast elkander in hun bewustzijn aanwezig zijn, zonderdat de contradictie hun opvalt. Wat de uitdrukking aangaat, een heel bekend symptoom van Dementia praecox en vooral van Katatonie is, dat de patienten zich zo vaak in symbolen uiten, in plaats van direct te zeggen, wat zij bedoelen, dat zelfs hun handelen dikwels geheel door die symboliek beheerst wordt. Wat is daarvan de reden? Weer geeft de vermindering der Emotie-energie, die vooral schadelik is voor de sociale, op waarheid gerichte e.a. complexen, een goede verklaring. Hierdoor toch wordt de neiging der patienten om

conclusies uit bepaalde gegevens te trekken gering, eveneens die om tegenspraak niet in het bewustzijn te dulden. De patient denkt over zijn oordelen niet verder na: het kan hem niet genoeg schelen of zij wel werkelik waar zijn. Evenzo wat betreft de uitdrukking ervan, de mededeling aan anderen. Of deze hem begrijpen, is hem onverschillig, een mooie uitdrukkingswijze, een symbool, dat in zijn phantasieën past, is hem veel liever.

Evenzo is het nu met de waandenkbeelden. Ook deze zijn dikwels in symbolen uitgedrukt en schijnen daardoor veel onbegrijpeliker, dan zij misschien in werkelikheid zouden zijn. Op den duur kan het besef in symbolen te spreken echter ook voor de patient verloren gaan, wanneer niet alleen de begrijpelikheid voor anderen, maar ook de waarheidswaarde van zijn oordelen voor hem zelf hem onverschillig geworden is.

b. Oriëntatiestoornissen komen bij Katatonie weinig voor. Hun verklaring is overigens gelijk aan die bij de hebephrene stoornissen gegeven.

4. *Emoties.*

Van de inadaequate emotionele reaktie heb ik hier nog enkele aanvullende dingen te zeggen, die speciaal van belang zijn bij Katatonie. Wij zien nl. dikwels, dat de regel, die bij andere psychosen bijna zonder uitzondering opgaat en die ik ook voor Dementia praecox aanvaard heb, dat nl. de waandenkbeelden steeds passen bij de emotionele toestand van de patient (zie blz. 96) hier niet schijnt op te gaan. Dat grootheidswaandenkbeelden gedurende een melancholiese periode, kleinheidsideeën in een maniakale aanval geuit worden is volstrekt geen zeldzaam verschijnsel, dat wij echter juist weer als een prachtige illustratie van een gebrek aan Emotie-energie opvatten kunnen. In de regel blijkt nl. dat die inadaequate waandenkbeelden afkomstig zijn uit een vroegere periode van de ziekte, waarin zij ontstaan zijn in de beste harmonie met de toen heersende stemming. Grootheidswaandenkbeelden zijn ontstaan in een maniakale periode, maar bleven in een daarop

volgende melancholiese nagenoeg onveranderd bestaan. Omgekeerd geldt hetzelfde voor kleinheidsideeën. Hoewel de stemming geheel is omgeslagen, heeft deze toch niet genoeg invloed op de overige bewustzijnsinhouden, om een verandering in het oordeel te weeg te brengen: daarvoor is niet voldoende energie voorhanden.

Het bestaan echter — zo veelvuldig juist bij Katatonie — van die stemmingsanomalieën, is een van de bewijzen, dat de emotionaliteit zelf niet verminderd is. Ook in andere opzichten echter hebben zij minder invloed op de persoonlikheid, dan b.v. bij de manies-depressieve psychose, die in dit opzicht meer aan het normale leven herinnert. De maniakale vrolikheid, de melancholiese depressie blijken uit woord en gebaar, maar het handelen en het denken der patienten worden er weinig of niet door beinvloed. Het zich amuseren met de omgeving, de neiging tot dolle streken van de maniacus ontbreken evenzeer als de uitspinning der waandenkbeelden en de alles beheersende neiging tot suïcidium van de melancholicus. Dit geeft de schijn van oppervlakkigheid en comedieachtigheid aan de stemmingsveranderingen, welke reeds zo dikwels als een kenmerk ervan is beschreven.

5. *Wilsverschijnselen.*

Hoe de katatone stupor vooral uit negativisme: zich verzetten tegen elke inmenging van de buitenwereld en zelfs zich geheel van deze afgesloten houden, ontstaat, is reeds op blz. 103 vermeld.

Maar veel eigenaardiger dan deze stupor zelf zijn de symptomen, die in één groep als katatone symptomen samengevat worden en die juist het eigenaardige van de stupor uitmaken, maar ook in allerlei andere phasen van de psychose voorkomen. Het zijn alle afwijkingen in de wilsuitingen der patienten en zij bestaan in: versperring, negativisme, automaties opvolgen van bevelen, flexibilitas cerea met katalepsie, echopraxie en echolalie, manieren, stereotypieën in houding, spraak en bewegingen en min of meer ook in de reeds dikwels genoemde „Zerfahrenheit" van gedachtengang en spraak.

Vele hiervan worden dikwels aan een verhoogde suggestibiliteit toegeschreven. Versperring ontstaat dan, doordat — als de patienten een antwoord op een vraag geven zullen of een handeling verrichten — tegelijk met de motieven daartoe tegenmotieven in het bewustzijn opduiken en zoveel invloed hebben, dat de handeling daardoor een tijdlang uitgesteld wordt, totdat eindelik het een of andere motief de overwinning behaalt. Het is dus de autosuggestibiliteit, die hier een grote rol speelt, nog sterker werkt deze bij het negativisme, waar het tegenmotief reeds van het begin af het sterkst is. Automaties opvolgen van bevelen, flexibilitas cerea en katalepsie, die wij alle ook in hypnose en bij hysterie kennen, echopraxie en echolalie, die bij kinderen, immers zoveel suggestiebeler dan volwassenen, dageliks voorkomen, kunnen zonder de minste moeilikheid uit een verhoogde heterosuggestibiliteit verklaard worden. Het voorkomen van deze symptomen, afwisselend en zelfs tegelijkertijd bij dezelfde patienten, doet hun onderlinge verwantschap vermoeden, dat zij uit verhoogde suggestibiliteit verklaard moeten worden, is wel het meest aannemelik, doordat vele van hen in andere sterk suggestiebele toestanden (hysterie, hypnose, kinderlike leeftijd) ook voorkomen. Toch maken zij bij Dementia praecox een heel andere indruk: het schijnt of de patienten alles veel meer langs zich heen laten gaan, alsof zij eigenlik in een heel andere wereld leven, terwijl b.v. in hypnose geen andere dingen voor de persoon schijnen te bestaan dan de suggesties, die de hypnotiseur op hen uitoefent. Ook wordt op deze wijze nog geen verband gelegd met de overige katatone symptomen: manieren, stereotypieën, Zerfahrenheit, die door hun gelijktijdig voorkomen en door een zekere gelijksoortigheid van de bewustzijnstoestand, waarin zij optreden, toch als verwant moeten worden beschouwd. Dikwels — vooral door de psycho-analytici — worden er ook uitingen in gezien van onbewuste, of vaag bewuste complexen, die zich langs deze min of meer symboliese weg kenbaar maken. Vooral omdat de patienten dikwels zelf de reden van hun zonderling gedrag niet weten aan te geven en het in sommige gevallen langs psycho-analytiese weg gelukt

is, de samenhang met bepaalde complexen te bewijzen, altans waarschijnlik te maken, is er in deze mening ook veel plausiebels.

Hoe kunnen wij nu echter al deze symptomen vanuit één gezichtspunt beschouwen? Ook hier kan de aanneming van een verminderde Emotie-energie weer diensten bewijzen. Wij herinneren ons, dat de sociale en op waarheid gerichte complexen hierdoor 't grootste deel van hun invloed ingeboet hebben. De belangstelling, om begrijpelik, voor anderen en voor zichzelf, te handelen en te spreken, gaat verloren. Dus kan het de patienten niet schelen, wat voor indruk hun versperring, negativisme, manieren, Zerfahrenheit op de buitenwereld maken, zolang zij hun eigen phantasieën maar voortzetten kunnen, evenmin, wat er met hen gebeurt. Zo kunnen aan de ene kant ingrepen van de buitenwereld, die hun gedachten niet raken, verdragen worden zonder de minste tegenstand en zonder latere correctie, wat tot flexibilitas cerea, katalepsie en andere uitingen van verhoogde suggestibiliteit leidt. Aan de andere kant echter wordt de afweer tegen die buitenwereld, wanneer de persoonlike complexen wel geraakt worden, onmiddellik opgewekt, zodat versperring en negativisme ontstaan. Eindelik kan het de patienten niets schelen, of de uitingen van hun complexen, die wij in manieren en stereotypieën vinden, voor de buitenwereld onbegrijpelik of hinderlik zijn, en evenmin of hun zerfahren gedachtengang voor anderen en voor henzelf te volgen is.

Voor de verklaring van impulsieve handelingen kan ik naar het gezegde onder Hebephrenie verwijzen.

C. *Dementia paranoïdes.*

Slechts enkele eigenaardigheden behoef ik over deze vorm nog te bespreken, daar bij de beide andere vormen verreweg het meeste reeds gezegd is. Ik kan dus kort zijn.

1. *Gewaarwordingen.*

Hallucinaties en illusies ontstaan meestal door praeoccupatie, daar de patienten dikwels zeer intensief met hun

waandenkbeelden bezig zijn. Een patient, die ik zag, hoorde de verplegers steeds allerlei dingen zeggen, die met zijn waandenkbeelden overeenkwamen. Dikwels is de samenhang niet zo duidelik, maar blijkt bij nader onderzoek toch wel te bestaan,

2. *Voorstellingen.*

a. De patient kan op een bepaald moment in de regel slechts over een gering aantal voorstellingen beschikken. Dit vloeit van zelf voort uit zijn praeoccupatie: alleen die voorstellingen, welke met zijn waandenkbeelden in verband staan heeft hij onmiddellik bij de hand, terwijl hij, wegens totaal gebrek aan belangstelling in andere richting, nooit moeite zal doen tot het oproepen van andere voorstellingen. Ook zal het gebrek aan Emotie-energie zelfs van zijn waandenkbeelden er toe leiden, dat niet alle mogelike voorstellingen met de vervolgingsideeën in verband worden gebracht en daardoor gemakkelik beschikbaar komen. Daarom zal het grootste deel der voorstellingen onderbewust blijven.

Daar veranderingen in de hoeveelheid voorstellingen, waarover de patient in zijn verder leven beschikken kan, zoals wij reeds zagen (blz. 107—109) vooral optreden bij remissies en bij wisselingen in de phase der ziekte, kunnen wij hier niet veel daarvan verwachten. Immers remissies zijn bij Dementia paranoïdes bijna zo zeldzaam als bij Hebephrenie, en een phasenwisseling, zoals wij bij Katatonie vooral zien in de afwisseling tussen melancholiese, maniese en stuporeuze stadia, is nog veel zeldzamer. Wij kunnen dus niet anders verwachten, dan dat het aantal voorstellingen, voor het bewustzijn beschikbaar, steeds blijft draaien om de waandenkbeelden, die de patient min of meer beheersen. Dit zien wij dan ook inderdaad. Een der patienten, die ik observeerde, was vrij spraakzaam, maar over iets anders, dan zijn waanideeën heb ik hem nooit horen spreken. De neiging tot dissimulatie van hun denkbeelden, die bij paranoia zo'n grote rol speelt, komt ook vrij veel bij

paranoïede praecoxlijders voor, hoewel meestal niet zo sterk, daar hun begeerte om de vrijheid terug te krijgen niet door een zo krachtige Emotie-energie onderhouden wordt. Toch beinvloedt die dissimulatie het aantal beschikbare voorstellingen soms wel: opzettelik spreken de patienten over onverschillige zaken. Het is echter maar een gering aantal dezer onverschillige voorstellingen, dat het dissimulatiecomplex — door zijn kleine Emotie-energie — in het centrale bewustzijn vermag te trekken. Als voorbeeld hiervan noem ik een patient, die spontaan, of gevraagd naar zijn gezondheid, nooit over iets anders sprak, dan over het weer of over het roken van zijn pijp. Op andere vragen antwoordde hij meestal niet of ontwijkend.

Wanneer nu langzamerhand de Emotie-energie nog meer en meer afneemt, en ook de waandenkbeelden hoe langer hoe minder invloed op de patient gaan uitoefenen, dan spreekt het van zelf, dat het aantal beschikbare voorstellingen ook langzaam en geleidelik steeds kleiner wordt. Wekt iets echter de belangstelling op, dan blijken er ook dadelik weer allerlei voorstellingen beschikbaar te komen.

b. Van de associaties moeten wij weer eerst de vorming nagaan. Hiertoe is, zoals wij ook reeds zagen, een hoge bewustzijnsgraad bevorderlik. Deze komt in de vorm van praeoccupatie bij Dementia paranoïdes ook inderdaad voor, maar zal uit de aard der zaak slechts leiden tot het vormen van zeer eenzijdige associaties: alleen in overeenstemming met de actuele waandenkbeelden en complexen. Een patient, die ik meenam naar het laboratorium, werd door de daar opgestelde toestellen aan allerlei machinatieën herinnerd, die zijn vrouw tegen hem in 't werk had gesteld, wat hem aanleiding gaf tot de opmerking, dat deze hiervan ook wel op de hoogte zou zijn, een ander dacht bij het krijgen van kleine speldeprikjes aan dolksteken, waarmee hij verwachtte nu wel om het leven gebracht te zullen worden, en bij het waarnemen van de personen uit zijn omgeving aan zijn dromen, die geheel vervuld waren van zijn phantastiese complexen.

Van het lot der reeds vroeger gevormde associaties valt bij Dementia paranoïdes niets te vermelden, dat niet reeds vroeger is besproken, evenmin van

c. het Geheugen.

3. *Oordeel.*

Het belangrijkste verschijnsel aangaande de waandenkbeelden, dat bij de Dementia paranoïdes nog besproken moet worden, is de grotere of kleinere systematisering, dus de samenvoeging van de verschillende waan-oordelen tot een logies systeem, zó, dat de verschillende waandenkbeelden elkaar min of meer steunen of ook door logiese redenering uit andere af te leiden zijn, wanneer die eenmaal als vaststaande praemissen worden aangenomen. Dit verschijnsel zien wij bij meerdere psychosen: bij de manies-depressieve psychose worden de vervolgingswaandenkbeelden afgeleid uit de reeds eerder bestaande zondewaandenkbeelden.

Bij paranoia is deze systematisering wel in de hoogste mate ontwikkeld. Verschillende vervolgingswaandenkbeelden worden met elkaar en met de later eruit ontstaande grootheidsideeën door middel van vele verklarende waandenkbeelden, strekkende om de andere ideeën, om hallucinaties en onverschillige gebeurtenissen alle in dezelfde bepaalde zin begrijpelik te maken, tot één groot systeem verwerkt, dat zich in het verloop der ziekte hoe langer hoe meer uitbreidt, en waarin steeds meer personen, gebeurtenissen en ook herinneringen opgenomen worden. Wanneer ons een dergelijk systeem door een paranoialijder meegedeeld wordt, dan treft ons de logiese constructie ervan: zo goed is het in elkaar gezet, dat alles op geheel correcte wijze uit een paar onjuiste praemissen volgt, terwijl die praemissen dan echter op wel sophistiese, maar geheel niet dadelik als ongeoorloofd opvallende wijze uit de conclusies weer opnieuw „bewezen" worden. Zo komt het, dat het uiterst moeilik is ook gezonde personen, die dus wel voor correctie vatbaar zijn, maar die de paranoïcus van zijn denkbeelden heeft weten te overtuigen, de

onjuistheid daarvan onder het oog te brengen. Famielieleden der patienten — ook zonder dat er van inductie sprake is — gaan daardoor vaak een heel eind in de waanideeën van de patienten mee.

Systematisering der waandenkbeelden nu vinden wij ook wel bij Dementia paranoïdes, waar soortgelijke ideeën tot een analoog denkproces aanleiding geven. Toch is het resultaat bij nadere beschouwing geheel anders: want de systematisering gaat in de eerste plaats veel minder ver, zodat nooit zoveel ideeën, zoveel gebeurtenissen, personen en herinneringen in het stelsel verwerkt zijn. Verder is het logies verband tussen de verschillende elementen lang niet zo goed: denkfouten, binnen het systeem zelf, die bij paranoia zeldzaam zijn, kunnen bij Dementia praecox zeer vele aangewezen worden, maar de patienten — ook indien ze daarop gewezen worden — storen er zich niet aan, maar maken zich met een kort: „Toch is het zo" van de zaak af. Eindelik zien wij bij Dementia paranoïdes weer zeer dikwels — en bij paranoia nooit, — dat een aantal waandenkbeelden op zich zelf blijft staan en in 't geheel niet met de andere in verband wordt gebracht, zodat ze dus in 't geheel niet in het systeem worden opgenomen.

De verklaring hiervan ligt weer voor de hand: de Emotie-energie ook van de waandenkbeelden en andere bewustzijnsinhouden zelf, die daarmee in onmiddellik verband staan, is te gering, dan dat een consequente logiese bewerking ervan zou kunnen plaats vinden. De patient stelt in zijn eigen ideeën niet genoeg belang, om een logiese fout in het systeem ervan te kunnen opmerken of, er op gewezen, te willen corrigeeren, niet genoeg ook, om behoefte te hebben al zijn ideeën met elkaar in verband te brengen en alles van uit één gezichtspunt te bekijken. Onverschillige gebeurtenissen in de buitenwereld zijn voor hem eindelik ook niet belangrijk genoeg om steeds met zijn waandenkbeelden in verband gebracht te worden en deze zelf hebben ook weer niet de neiging om zich van alles meester te maken. Daardoor is het ook verklaarbaar, dat het waansysteem zich niet gedurende het verloop van de ziekte voort-

durend uitbreidt, maar dat een dergelijke uitbreiding slechts uiterst langzaam en soms met sprongen voortschrijdt, om al na betrekkelik korte tijd stil te staan. Het eenmaal bestaande systeem blijft dan constant en de patient wordt er hoe langer hoe onverschilliger voor.

Oriëntatiestoornissen zijn te zeldzaam bij Dementia paranoïdes, dan dat er nog iets biezonders van te vermelden zou zijn.

4. *Emoties.*

De stoornissen op dit gebied bij Dementia paranoïdes gevonden, zijn van geen andere aard, dan bij de andere vormen van Dementia praecox, zodat ik naar het daar gezegde kan verwijzen. Enkel de gevoelens van achterdocht en wantrouwen, die echter geen zuivere emoties zijn, doch samengesteld uit gevoelens van toorn en vrees, gepaard aan bepaalde oordelen, zijn nog vermeldenswaard. Overigens geldt van hen hetzelfde, wat bij Katatonie betoogd werd van de maniese en melancholiese stemmingsveranderingen: dat zij nl. op het gehele bewustzijnsleven een veel te geringe invloed uitoefenen. De reden is ook dezelfde: ofschoon de graad der emoties wel hoog is, vertegenwoordigen zij daartoe toch een te geringe energie.

5. *Wilsverschijnselen.*

Ook op dit gebied weer hetzelfde. Stupor komt zeer weinig, katatone symptomen komen ook niet veel voor. Impulsieve handelingen zien wij daarentegen zeer dikwels, bijna steeds voortkomende uit de waandenkbeelden en dus gericht tegen de personen, door wie de patienten menen vervolgd te worden, of tegen de personen, die zij voor hun vermeende vervolgers abusievelik aanzien, of als symbool van de vervolger opvatten. Tegenmotieven die uit de ethiese en sociale, altans uit andere complexen, dan die van hun waandenkbeelden zouden moeten voortkomen, komen door hun geringe Emotie-energie niet in het bewustzijn.

Na deze bespreking der afzonderlike vormen zijn nog enkele opmerkingen over de zogenaamde dementie op hun plaats. Reeds uit het voorafgaande moge gebleken zijn, dat er van een eigenlike stoornis van een van de elementen van het intellect geen sprake is.

Het geheugen functioneert alleen minder goed, wanneer de opmerkzaamheid om een of andere reden, niet gericht wordt op het reproduceren van zijn inhouden. Dit is bij melancholici en hysterici evenzeer het geval, zonder dat wij daarom van een geheugenstoornis kunnen spreken. Bij al deze patienten zien wij, dat bij verbeteringen in de algemene toestand ook het geheugen in overeenkomstige mate beter gaat functioneren. Ook werkt het geheugen bij praecoxlijders op gebieden, die hun belangstelling hebben, volkomen goed.

Niet anders is het met de phantasie. Al schijnt ook dikwels het analyseren van vroegere ervaringen en het opbouwen uit de elementen van nieuwe combinaties, weinig goed van stapel te lopen, juist het voorkomen bij hen van de meest ongebreidelde phantasieën, die tot in de kleinste details uitgesponnen worden, wijst op een goede functie van dit onderdeel. Al leidt deze passief zich gaan latende en niet actief naar één doel zich richtende phantasie ook niet tot zeer waardeerbare resultaten, dit is niet aan de werkzaamheid zelf, doch slechts aan de weinige inspanning te wijten, die de patient er voor over heeft om tot prakties bruikbare of theoreties waardevolle resultaten te komen.

Wel heeft de belangstelling ernstig geleden. Deze stoornis is echter soms slechts tijdelik. Bij Katatonie vooral kan de belangstelling in allerlei zaken voor 't grootste deel of zelfs geheel terugkeren, zodat dan geen enkele intellectstoornis meer aan te wijzen valt. Maar zelfs al is dat niet het geval, dan kan toch bij elke praecoxpatient door een of andere, min of meer toevallige oorzaak op ieder ogenblik de belangstelling voor een intellectuele werkzaamheid gewekt worden, waarbij dan de scherpzinnigste opmerkingen gemaakt kunnen worden.

Ik meen dus, dat wij — zoals ook Berze heeft betoogd (zie blz. 27—28) —, wanneer niet een complicerende dementia senilis, of

een secundaire inactiviteitsdementie, door al te lang braak liggen der psychiese vermogens, toch op den langen duur nog achteruitgang van het intellect geven, niet van een eigenlike dementie spreken kunnen. Ik zou dus, hoezeer ook in tegenspraak met de naam, Dementia praecox niet onder de demente psychosen willen rangschikken.

Tot slot van dit hoofdstuk nog enkele woorden over het uiteenvallen der persoonlikheid, dat wij in meerdere of mindere mate bij elke praecoxlijder aantreffen. De patienten hebben allerlei gedachten, soms tegelijk, die met elkaar in niet het minste verband staan, zij verrichten handelingen, die in 't geheel niet passen bij hun bewuste psychiese inhoud. Allerlei uitingen kunnen geheel op zichzelf staan, zonder dat zij in een begrijpelike causale reeks met de andere bekende bewustzijnsinhouden samengebracht kunnen worden. Wij hebben eigenlik al dergelijke symptomen reeds leren kennen in de impulsieve handelingen, vele voor de patient zelf onbegrijpelike katatone verschijnselen, sommige inadaequate emotionele reakties, zonderlinge associatiestoornissen en het naast elkaar aflopen van verschillende gedachtengangen en die telkens kunnen verklaren — direct of indirect — uit een gebrek aan Emotie-energie. Toch is het wel belangwekkend al deze verschijnselen nog even tot één symptomengroep samen te vatten, omdat deze groep juist zo karakteristiek is voor de Dementia praecox.

Wanneer bovendien het ziekteproces nog niet ver is voortgeschreden, kunnen deze verschijnselen — bij overigens goed begaafde personen — tot verrassende wendingen aanleiding geven in hun eventuele artistieke of wetenschappelike praestaties, die aan dit werk dan een ongemene bekoring verlenen. Allerlei symboliek in de kunst, originele vondsten van kleur- of tooncombinatie, nieuwe en soms zeer schone beelden, kunnen het gevolg zijn van opduikende voorstellingen, dikwels behorende tot de persoonlike complexen van de artiest, maar die bij normalen juist omdat zij van de voorstellingen, waarmee zij voor het tot stand brengen van hun werk momenteel bezig

zijn, zo ver afliggen, niet zo spoedig zouden in het bewustzijn komen. In wetenschappelik werk kunnen soms zeer waardevolle vondsten, misschien eerst gewaagd lijkende hypothesen, maar die toch later blijken juist te zijn, op deze wijze tot stand komen. Waar het nu bekend is, dat vrij veel wetenschappelike onderzoekers en heel wat juist orginele en nieuwe banen zoekende kunstenaars later aan Dementia praecox zijn gaan lijden, of als zonderlinge en grillige karakters op de grens van het normale staan, daar zou het wel interessant wezen, indien door een psychologies onderzoek van dergelijke personen kon worden uitgemaakt, of zich bij hen ook eigenschappen van praecoxlijders lieten terugvinden.

HOOFDSTUK IV.

EXPERIMENTEN.

Om experimenteel iets over de Emotie-energie bij Dementia praecox gewaar te worden, kunnen wij niet van een directe methode gebruik maken. Want de psychiese energie in 't algemeen en ook een vorm daarvan als de Emotie-energie is een theoretiese constructie, achter de waarneembare feiten geplaatst om deze begrijpelik en overzichtelik te maken, maar is zelf niet voor waarneming toegankelik. Evenzo is het in de physica: ook daar is een begrip energie geconstrueerd, dat ons ter verklaring der verschijnselen gewichtige diensten bewezen heeft. Zelf evenwel kan het niet waargenomen of gemeten worden. Willen wij over de grootte der physiese energie van enig systeem een oordeel ons vormen, dan moeten wij dat afleiden uit het verschillend gedrag, dat systemen met verschillende hoeveelheden energie vertonen. Op dezelfde wijze te werk gaande in de psychologie, moeten wij bij normalen en praecox-patienten een vergelijking maken tussen psychiese functies, die niet en die wel met emotie gepaard gaan, en nagaan welke invloed de emotie heeft. Wij moeten daarbij zorg dragen, dat de functie zonder emotie in andere opzichten zo weinig mogelik van die met emotie verschilt, opdat eventuele verschillen niet aan de uiteenlopende aard der functies moeten worden geweten.

Ik besloot daarom te onderzoeken welke verschillen, toe te schrijven aan Emotie-energie, zich voordoen in de reaktie op tastprikkels en pijnprikkels. Pijnprikkels wekken reeds in geringe sterkte een onlustemotie op, hetgeen voor sommigen zelfs aanleiding geweest is om pijn als een onlustemotie te beschouwen, in plaats van als een gewaarwording, welke een onlustemotie

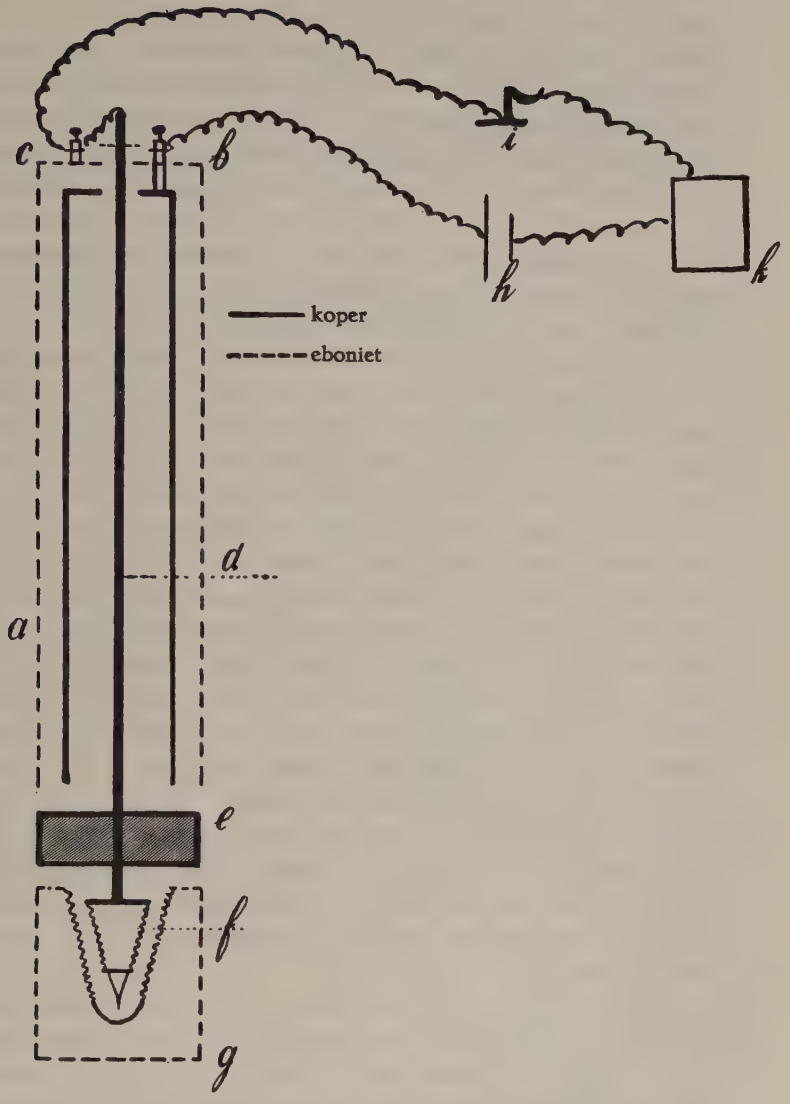
opwekt. In elk geval hebben wij toch te doen met een onlust-emotie tengevolge van een gewaarwording. Wanneer wij nu tevens een tastgewaarwording opwekken, die geen of altans veel minder sterke emotie met zich meebrengt, dan kunnen wij een eventueel verschil in de reakties op beide soorten prikkels — die niet zo heel veel verschillen — op rekening schuiven van de emotie. De Emotie-energie veroorzaakt het verschil, wanneer het onderscheid blijkt te zijn een bevordering of hindering van een psychies proces, die alleen aan psychiese energie toegeschreven kan worden.

Reeds door vroegere onderzoekers was gevonden, dat bij normale personen de reaktietijd op pijnprikkels langer was dan op tastprikkels. Wij moeten dit verschijnsel toeschrijven aan een remming van de bewegingsimpuls, nodig om te reageren, door de emotie. De bewegingsvoorstelling wordt tengevolge van de emotie een korte tijd uit het centrale bewustzijn gehouden, hoewel de wil van de persoon erop gericht is deze centraal bewust te maken. Wij hebben hier dus met een energetiese werking te doen en wel met een gevolg van de Emotie-energie, die tengevolge van de pijngewaarwording werkzaam wordt.

Ik heb een vergelijking tussen de reaktietijden op tast- en pijnprikkels bij normale personen op de volgende wijze gemaakt. De prikkels moesten op zoveel mogelik dezelfde wijze worden aangebracht; de tijd tussen het aanbrengen van de prikkel en een eenvoudige reaktiebeweging van de proefpersoon moest nauwkeurig kunnen worden gemeten.

Er werd daartoe een toestelletje geconstrueerd, dat een modificatie is van een apparaatje van Head [1]), dienende om de sensibiliteit te onderzoeken. Dit toestelletje dient alleen om een oordeel te verkrijgen over de sterkte van de prikkel, welke men toedient, maar door enige wijziging kan het gebruikt worden om een electries contact te openen en te sluiten, waardoor tegelijk met het aanwenden van de prikkel een chronoskoop gaat lopen.

[1]) Textbook of Neurology.



Het bestaat — zie figuur — uit een ebonieten buisje *a*, van binnen geheel bekleed met koper, aan een kant open, aan de andere gesloten, maar een kleine opening vrij latend. Op het ene einde

van *a* staat een contact *b*, verbonden met het koperen binnenbekleedsel, en een ander *c*, daarvan geisoleerd, maar door een draadje verbonden met een koperen staafje *d*, dat door de opening in het gesloten einde van *a* gaat en geheel vrij door dit buisje loopt, maar door een ebonieten plaatje verhinderd wordt te vallen. Dit staafje *d* draagt aan zijn ondereinde een koperen schijf *e*, die op zeer geringe afstand van *a* ligt. Onder *e* is een scherpe punt *f* bevestigd, dienende om pijnprikkels te geven, en waarover een ebonieten hulsje *g* geschroefd worden kan, dat voor de tastprikkels dienst doet.

Een accumulator *h* is met het contact *b* verbonden, vanuit *c* gaat een draad, welke een stroomverbreker *i* (lipsleutel) passeert naar de chronoskoop van Hipp *k*, welke na opgewonden te zijn, alleen loopt, als de stroom gesloten is. Deze chronoskoop geeft de tijd in honderdste delen van secunden aan.

Bij het nemen van de proef houdt de experimentator het het buisje *a* met enige vingers vast en drukt *g* — voor pijnprikkels *f*; *g* is er dan afgeschroefd — op de huid van de rug van het polsgewricht van de proefpersoon. Deze heeft zijn hand gestoken door de opening in een scherm, zodat hij de handbeweging van den experimentator niet zien kan, en dus een reaktie hierop onmogelik is gemaakt. Door deze beweging wordt de schijf *e* tegen *a* gedrukt en door middel van het koperen binnenbekleedsel en het contact *b* de stroom gesloten. (*h-b-a-e-d-c-i-k-h*) en de chronometer loopt. Zodra hij de aanraking — of de pijn — voelt, drukt de proefpersoon op de knop van de sleutel *i*, waardoor de stroom verbroken wordt, de chronometer stilstaat en de reaktietijd afgelezen worden kan.

Daar, wanneer *g* op de huid gezet is, de afstand tussen *e* en *a* nog doorlopen moet worden, voor de stroom gesloten wordt, volgt het contact niet onmiddellik op het opzetten van het apparaatje. Daar echter de afstand tussen *e* en *a* uiterst klein is, en bovendien bij in gelijkmatig tempo opzetten, de tijd om deze te doorlopen altijd ongeveer gelijk, kan deze fout verwaarloosd worden.

Op 5 verschillende dagen werden nu eerst van 5 psychies normale proefpersonen, telkens 10 reaktietijden voor tast- en 10 voor pijnprikkels bepaald. Daaruit werd het gemiddelde genomen en zo werden de reaktietijden voor tast- en voor pijnprikkels met elkaar vergeleken. De werkwijze moge blijken uit het volgende voorbeeld:

Tabel II.

Proefpersoon H. ♂, 29 jr. normaal. — Honderdsten v. secunden.

Januarie 26.		30.		31.		Februarie 1.		2.	
Tast	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**
27	23	20	19	24	20	17	20	18	19
23	30	16	21	19	18	16	19	17	17
31	26	14	20	20	18	21	19	17	19
23	24	16	20	25	25	18	19	17	17
22	21	15	19	17	21	17	22	19	20
21	36	16	17	18	19	19	20	19	20
20	34	16	17	19	17	16	19	17	16
22	37	16	24	17	19	17	19	18	19
20	23	16	21	17	22	19	18	17	19
22	22	14	16	17	18	21	22	17	17
231	276	159	194	193	197	171	197	176	183
gem. **23.1**	**27.6**	**15.9**	**19.4**	**19.3**	**19.7**	**17.1**	**19.7**	**17.6**	**18.3**

Tast *gem.*	23.1		**Pijn** *gem.*	27.6	
	15.9			19.4	
	19.7			19.7	
	17.1			19.7	
	17.6			18.3	
	93.4			104.7	
gem.	**18.7** of **0.187 sec.**		*gem.*	**20.9** of **0.209 sec.**	

Niet bij alle proefpersonen was de gemiddelde reaktietijd voor pijn elke dag langer, dan voor tastprikkels; bij één proefpersoon was zelfs het totale gemiddelde voor de tastprikkels iets langer. Toch zijn bij mijn 5 normale proefpersonen de door anderen vroeger verkregen resultaten, dat de reaktietijd voor pijnprikkels groter is dan voor tastprikkels, bevestigd, hetgeen uit dit lijstje blijken kan:

Tabel III.

Gemiddelde reaktietijden over 5 dagen.		
Normalen.	Honderdsten van secunden.	
	Tast	**Pijn**
Proefpersoon K. ♂, 49 jr.	28.4	27.4
„ W. ♂, 64 jr.	20.3	24.7
„ He. ♀, 21 jr.	25.0	27.9
„ H. ♂, 29 jr.	18.7	20.9
„ P. ♀, 27 jr.	20.3	23.0
	112.7	123.9
Alg. gem.	**22.5** of: **0.225 sec.**	**24.8** of: **0.248 sec.**
Verschil: Pijn — Tast = **+ 0.023 sec.**		

Gemiddeld heeft dus de reaktietijd op pijnprikkels 0.023 sec. langer geduurd, dan die op tastprikkels. De Emotie-energie door de eerste werkzaam geworden, heeft de reaktie dus 0.023 sec. uitgesteld.

Op grond van de geopperde onderstelling is nu te verwachten, dat bij praecoxlijders een dergelijk uitstel niet gevonden worden zal, een verwachting, die door de proeven ook niet bedrogen is.

Wel was ik niet in de gelegenheid bij heel veel patienten te experimenteren, maar in 5 gevallen kreeg ik toch zeer duidelike

uitkomsten, waarin van remming niets te bespeuren viel. In het geheel heb ik geexperimenteerd met 8 patienten. Daar voor het welslagen der proeven nodig is, dat de patienten niet te negativisties zijn, zodat zij eenvoudig weigeren te reageren, of opzettelik alles verkeerd doen, noch stuporeus, zodat ze niet kunnen opstaan en meegaan naar het laboratorium, noch wild en gevaarlik, noch eindelik al te impulsief, zodat gevaar bestaat, dat de ogenschijnlik rustige patient plotseling in het van toestellen volle laboratorium verwoestingen zal gaan aanrichten, is het niet gemakkelik een groot aantal praecoxlijders ten behoeve van experimenten bijeen te brengen.

Van de 8 patienten, welke mij dan nog ten dienste stonden, waren 6 met zekerheid als praecoxlijders te beschouwen, terwijl van 2 deze diagnose minder vast stond. Een van hen was vroeger in de kliniek opgenomen geweest onder de diagnose Dementia praecox, zij vertoonde nu echter allerlei verschijnselen, die meer op een neurose schenen te wijzen, terwijl van typiese praecoxverschijnselen ook weinig meer te bespeuren viel. De andere echter was een man, die een keur van grootheids- en vervolgingsideeën produceerde, maar bij wie de diagnose genuïene paranoia van wege de gebrekkige systematisering der waandenkbeelden en zijn allerzonderlingste hallucinaties, toch onbevredigend was, zodat meer aan Dementia paranoïdes gedacht moest worden, hoewel noch autisme, noch apathie zeer duidelik waren.

Van de zekere praecoxgevallen vertoonde één — een hebephrene vrouw — zó doorloopende en diepe bewustzijnsinzinkingen, dat zij geen betrouwbare resultaten kon geven. Alleen door krachtige toespraak vóór ieder nieuw opzetten van het toestelletje — terwijl de normalen en andere patienten elke dag de gehele proefreeks afwerkten zonderdat ik hen aanspoorde — kon zij er toe gebracht worden na het voelen der aanraking of pijn op de knop te drukken. Zij deed dit evenwel bijna nooit, zodra zij aanraking of pijn voelde, maar wachtte dikwels meer dan 1 of 2 secunden. Hoewel de uitkomsten bij haar in dezelfde richting wijzen — maar minder duidelik — als die bij

de andere praecoxlijders, heb ik toch gemeend, dat zij door de bewustzijnsdaling te zeer vertroebeld waren, om er mede mijn gevolgtrekkingen op te baseren.

Hier volgt dan het verslag van de experimenten bij de 5 overige praecoxlijders genomen.

Tabel IV.

I. Pat. T. ♀, 35 jr., gehuwd. Dementia praecox. (Paranoïd).

Korte gegevens: Patient klaagt sedert enige tijd over „gemeenschap uit de verte" met haar zwager. Zij ziet 's nachts gezichten, meest dat van haar zwager, ook wel van anderen. Gelooft, dat haar man niet meer van haar weten wil. Zij is stil, in zich zelf gekeerd, spreekt uiterst weinig, bemoeit zich niet met anderen. Geeft niet blijk van emoties.

Februari	2.		3.		5.		7.		8.	
	Tast	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**
	27	21	13	22	20	20	22	23	26	20
	28	20	26	25	24	23	19	19	25	27
	31	26	30	26	26	18	25	19	20	20
	25	30	32	21	27	19	38	21	19	28
	22	32	20	23	30	19	23	17	19	27
	30	32	18	22	26	23	23	14	22	20
	24	20	19	25	14	18	20	20	29	23
	21	35	26	18	17	18	26	23	25	22
	28	25	25	18	20	28	24	28	19	29
	31	29	31	21	20	17	23	25	20	22
	267	270	240	221	224	203	243	209	224	238
gem.	**26.7**	**27.0**	**24.0**	**22.1**	**22.4**	**20.3**	**24.3**	**20.9**	**22.4**	**23.8**

Tast *gem.*	26.7	**Pijn** *gem.*	27.0
	24.0		22.1
	22.4		20.3
	24.3		20.9
	22.4		23.8
	119.8		114.1
gem.	**24.0** of **0,240 sec.**	*gem.*	**22.8** of **0.228 sec.**
Verschil: Pijn — Tast = — **0,012 sec.**			

Tabel V.

II. Pat. S. ♂, 38 jr. landarbeider. Dementia praecox. (Paranoïd.)

Korte gegevens: Patient klaagt al lange tijd over allerlei invloeden, die op zijn lichaam en zijn gedachten worden uitgeoefend, en die allemaal uitgaan van zijn vrouw, die „koningin der aarde is". Tegen haar werd hij na imperatieve hallucinaties aggressief. In de laatste tijd dissimuleert hij steeds sterker zijn ideeën. Hij is onverschillig en uiterst eenzelvig.

Februari 3		6		7		9		10	
Tast	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**
22	46	36	22	21	25	28	24	27	15
38	33	33	23	25	30	26	19	23	19
37	45	29	21	24	22	18	23	17	18
30	24	29	18	26	27	21	22	20	23
37	17	30	21	22	20	25	23	16	19
36	26	40	24	27	22	21	23	19	17
30	22	23	21	30	22	23	24	18	22
39	24	23	23	25	25	19	24	23	19
45	20	28	20	23	24	24	21	18	16
33	42	21	25	31	27	22	21	21	15
347	299	292	218	254	244	227	224	202	183
gem. 34.7	**29.9**	**29.2**	**21.8**	**25.4**	**24.4**	**22.7**	**22.4**	**20,2**	**18.3**

Tast *gem.*	34.7	**Pijn** *gem.*	29.9
	29.2		21.8
	25.4		24.4
	22.7		22.4
	20.2		18.3
	132.2		116.8
gem.	**26.4** of **0.264 sec.**	*gem.*	**23.4** of **0.234 sec.**
Verschil: Pijn — Tast = — **0.030 sec.**			

Tabel VI.

III. Pat. IJ. ♂, 16 jr. Dementia praecox. (Hebephrenie.)

Korte gegevens: Patient is reeds enige jaren ziek, werd hoe langer hoe onverschilliger, deed niets meer. Hij lag reeds enige malen gedurende maanden in stupor, wat telkens langzamerhand beter werd, waarna echter hij een uiterst onverschillige jongen bleef. Moet bijna altijd kunstmatig gevoed worden, ook buiten de stupor, omdat hij zegt, niet te kunnen eten. Brengt soms zelf de neussonde in. Geen waanideeën.

Februari 6		7		9		10		13	
Tast	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**
20	18	18	23	26	22	17	19	19	17
20	20	19	17	20	19	14	16	19	25
20	21	15	21	35	20	19	18	22	19
15	17	22	17	34	19	18	17	16	21
29	23	16	19	25	13	14	20	16	18
16	12	20	16	18	21	23	22	20	17
21	20	18	18	24	21	19	19	19	25
18	20	23	22	23	25	22	16	25	26
17	19	21	16	24	18	19	20	21	22
20	17	26	17	25	22	21	19	14	17
196	187	198	186	254	200	186	186	191	207
gem. **19.6**	**18.7**	**19.8**	**18.6**	**25.4**	**20.0**	**18.6**	**18.6**	**19.1**	**20.7**

Tast *gem.*	19.6	**Pijn** *gem.*	18,7
	19.8		18.6
	25.4		20.0
	18.6		18.6
	19.1		20.7
	102.5		96.6
gem.	**20.5** of **0,205** sec.	*gem.*	**19.3** of **0.193** sec.
Verschil: Pijn — Tast = — **0,012** sec.			

Tabel VII.

IV. Patient Sch., ♀, 31 jr. dienstbode, Dementia praecox (Paranoïd).

Korte gegevens: Patient heeft sinds $^1/_2$ jaar het idee, door de dominee van haar kerk in huis genomen te zullen worden, als zijn geestelike echtgenote. Zij is de dochter van God, zoals Jezus de zoon van God was en heeft de dominee zijn gaven gegeven. Samen zullen zij misstanden verbeteren. Patient systematizeert haar waandenkbeelden zeer gebrekkig. Naar de toekomstige positie van de ware vrouw van die dominee b.v. vraagt zij niet. Zij is apathies en zeer in zich zelf gekeerd.

Februarie 13		14		15		16		19	
Tast	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**
37	41	28	30	27	33	25	34	29	28
28	30	29	29	33	28	30	36	25	25
38	29	25	26	35	22	32	37	31	27
29	30	24	26	31	27	39	32	27	30
36	39	28	22	31	23	36	31	28	26
36	34	35	28	39	32	28	30	33	25
40	29	30	25	25	34	34	26	31	39
33	26	33	25	27	32	28	25	23	35
33	23	28	26	34	33	28	29	34	28
30	29	27	26	36	28	27	31	33	29
340	310	287	263	318	292	307	311	294	292
gem. **34.0**	**31.0**	**28.7**	**26.3**	**31.8**	**29.2**	**30,7**	**31.1**	**29.4**	**29.2**

Tast *gem.*	34.0	**Pijn** *gem.*	31.0
	28.7		26.3
	31.8		29.2
	30.7		31.1
	29.4		29.2
	154.6		146.8
gem.	**30.9 of 0,309 sec.**	*gem.*	**29.4 of 0.294 sec.**
Verschil: Pijn — Tast = — **0,015 sec.**			

Tabel VIII.

V. Patient F., ♂, 29 jr. Dementia praecox (Paranoïd).

Korte gegevens: Patient heeft zich eerst „als Christus gesteld", d.w.z. beweerd dat hij Christus was en heeft „de geest van veel mensen in zich opgenomen." Later wilde hij, toen dit vermogen niet meer bestond, niet meer leven en deed een tentamen suicidii. Sindsdien meent hij of is hij altans bang, de duivel te zijn. Hij hoort dit ook door de verplegers zachtjes zeggen. Hij hoort ook allerlei stemmen uit de verte. Hij kan zijn gedachten geen richting geven. Sterk autisties. Apathies, licht gedeprimeerd.

Februari 19.		20.		21.		23.		24.	
Tast	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**
40	46	33	40	43	37	43	31	39	29
45	40	30	40	34	38	33	39	33	37
38	37	35	39	43	40	34	42	32	39
42	39	30	45	42	26	33	25	37	39
41	29	30	32	42	23	38	33	38	38
41	34	32	34	36	21	34	32	35	31
37	43	37	37	44	31	33	29	31	31
49	45	32	25	42	32	42	39	31	36
44	45	38	44	38	29	38	32	39	38
32	29	40	31	30	27	32	36	28	38
409	387	337	367	394	304	360	338	343	356
gem. 40.9	**38.7**	**33.7**	**36.7**	**39.4**	**30.4**	**36.0**	**33.8**	**34.3**	**35.6**

Tast *gem.*	40.9	**Pijn** *gem.*	38.7
	33.7		36.7
	39.4		30.4
	36.0		33.8
	34.3		35.6
	184.3		175.2
gem.	**36.9** of **0,369 sec.**	*gem.*	**35.0** of **0,350 sec.**
Verschil: Pijn — Tast = — **0,019 sec.**			

Merkwaardig was het gedrag van deze patient, tijdens een proef, die ik op 22 Februari met hem nam. Midden onder de proef nl. kreeg hij plotseling het idee, dat ieder prikje een moord betekende, dat evenveel malen als hij geprikt werd, hij later doorstoken zou moeten worden. Niet dan met grote moeite, was hij er toe te bewegen, de proef voort te zetten, maar dat hij nog voortdurend van dit idee vervuld was, bleek hieruit, dat hij er telkens op terugkwam. Hierdoor werd de proef natuurlik onbetrouwbaar, waarom ik hem dan ook niet onder de bovenstaande heb meegerekend, maar was toch zo merkwaardig dat ik hem hier vermelden wil.

Tabel IX.

Tast	**Pijn**	
	a. Vóór de stoornis.	**b.** Na de stoornis.
26	26	49
29	36	47
33	24	43
38	35	45
34	32	47
43	34	41
41	37	43
30	224	40
44		355
21		
339		
gem. **33.9**	**32.0** of **0.320 sec.**	**44.4** of **0.444 sec.**
Verschil **a**: Pijn — Tast = — **0.019 sec.**		
„ **b**: Pijn — Tast = + **0.105 sec.**		

Terwijl er dus in het eerste gedeelte van de proef evenmin van remming sprake was als op de andere dagen, zien wij na de stoornis getallen voor den dag komen, die op een geweldige remming schijnen te wijzen. De pijnprikkel was dezelfde, de emotie hiervan kan dus niet een zo groot verschil in remming verklaren, maar wel zou deze toegeschreven kunnen worden aan het feit, dat de prikkel plotseling werd opgenomen in het autistiese waansysteem van de patient, waardoor de Emotie-energie hiervan — welke immers nog een aanzienlike grootte behouden kan hebben — in de proef zich doet gelden en voor de grote remming aansprakelik wordt. Deze verklaring — ofschoon natuurlik allerminst zeker — vormt toch een aardige illlustratie van de verklaringsmogelikheden, die de aanneming van verminderde Emotie-energie bij Dementia praecox biedt.

Wanneer wij — aan bovenvermeld feit niet meer waarde hechtend dan er aan toekomt en het dus verder buiten beschouwing latend — nog eens alle resultaten bij de zeker aan Dementia praecox lijdende patienten verkregen, resumeren, dan zien wij de volgende gemiddelden:

Tabel X.

	Tast	**Pijn**
T.	24.0	22.8
S.	26.4	23.4
IJ.	20.5	19.2
Sch.	30.9	29.4
F.	36.9	35.0
	138.7	129.8
gem.	**27.7** of **0.277 sec.**	**26.0** of **0.260 sec.**
Verschil: Pijn — Tast = **— 0.017 sec.**		

Wij zien dus, dat zowel bij iedere patient afzonderlik, als in de gemiddelde uitkomst van de proeven, bij allen genomen, niets blijkt van een lange reaktietijd voor de pijnprikkel. Van enige remming is hier dus geen sprake, terwijl deze bij de

normale proefpersonen toch zo duidelik was. Zelfs is bij de praecoxpatienten, de gemiddelde reaktietijd voor de pijnprikkels iets korter dan voor de tastprikkels, nl. 0,017 sec., terwijl bij de normalen hij 0,023 sec. langer was. Of nu bij de pijnprikkel op zich zelf — dus de emotie buiten beschouwing gelaten — inderdaad een iets kortere reaktietijd hoort dan bij de tastprikkel, in welk geval de Emotie-energie bij de normalen een verlenging van ± 0,040 sec. bewerkt hebben zou, waag ik niet te beslissen. Duidelik is in elk geval een verschil tussen beide groepen. Dat het inderdaad de Emotie-energie is, die de verlenging bij de normale proefpersonen bewerkte, wordt, behalve door de uitkomsten van vroegere onderzoekers, die ook de emotie als oorzaak ervan aanzagen nog waarschijnlik gemaakt door de subiectieve ondervindingen der proefpersonen tijdens de proeven. Allen zeiden nl. dat zij door de plotselinge pijnprikkel eventjes een schrik kregen, hetgeen hun een lichte belemmering was in het reageren. De praecoxpatienten — ofschoon zij ook allen de pijnprikkels als min of meer onaangenaam qualificeerden — gaven van zulk een belemmering niets te kennen.

De grootte van de reaktietijden is bij beide groepen van dezelfde orde — ligt nl. gemiddeld steeds tussen 0,200 en 0,300 sec. — en dus onderling goed vergelijkbaar, wat natuurlik niet het geval zou zijn, als er sterke verschillen tussen beide groepen bestonden.

Over de patienten zonder zekere diagnose hier nog enkele woorden bij het verslag van de proeven met hen genomen.

VI. Patient K., ♀, 32 jr. Diagnose?

Korte gegevens: Patient is vroeger opgenomen geweest met allerlei paranoïede waandenkbeelden ten opzichte van haar man en haar buren. Later veel verbeterd ontslagen. Nu komt zij weer, denkend door haar man verstoten te zullen worden, en bang voor molestaties door de buren. Zij klaagt veel over hoofdpijn en heeft allerlei hysteriese symptomen. De diagnose is onzeker. Zij huilt veel, klaagt over slecht slapen, hoewel zij 's nachts bijna niet wakker is en overdrijft haar symptomen erg.

Tabel XIa.

Februarie 24.		27.		28.	
Tast	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**
27	25	30	25	24	32
29	26	23	25	26	28
30	31	27	23	23	24
25	34	29	24	23	26
22	27	23	26	32	37
22	24	22	24	23	29
16	16	20	28	26	40
25	22	32	27	24	37
29	21	26	37	24	32
35	27	32	30	22	28
260	263	264	269	247	313
gem. **26.0**	**26.3**	**26.4**	**26.9**	**24.7**	**31.3**

Tast *gem.*	26.0	**Pijn** *gem.*	26.3
	26.2		26.9
	24.7		31.3
	76.9		84.5
gem.	**25.6** of **0,256 sec.**	*gem.*	**28.2** of **0.282 sec.**
Verschil: Pijn — Tast = + **0,026 sec.**			

Wij zien als resultaat van deze proeven een getal volkomen gelijk aan dat van normalen. De patient lag toen op de rustige afdeling. Een paar dagen te voren had ik enige proeven met haar genomen, toen zij op de onrustige afdeling lag. Toen gaf zij heel andere cijfers (zie tabel XIb, blz. 143).

Dit is dus juist een uitkomst in de andere richting. Misschien kan deze verklaard worden uit het feit, dat patient het op de onrustige afdeling zo onaangenaam vond, dat daardoor een

Tabel XI*b*.

Februarie 20		21		23	
Tast	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**	**Tast**	**Pijn**
47	43	35	28	31	31
31	27	39	24	27	28
30	27	32	28	27	21
27	27	28	30	23	24
47	20	31	28	27	28
27	37	29	26	22	31
24	29	26	34	31	23
39	24	29	25	25	23
29	22	30	35	18	21
29	30	35	31	23	18
330	286	314	289	254	248
gem. **33.0**	**28.6**	**31.4**	**28.9**	**25.4**	**24.8**

Tast *gem.*	33.0	**Pijn** *gem.*	28.6
	31.4		28.9
	25.4		24.8
	89.8		82.3
gem.	**29.9** of: **0.299 sec.**	*gem.*	**27.4** of: **0.274 sec.**
Verschil Pijn — Tast = — **0.025 sec.**			

kleine emotie, als van een speldeprikje geen invloed meer kon doen gelden.

In elk geval laat zich uit de resultaten van deze patient niets zekers afleiden.

Evenmin uit die van patient M., die afwisselend zeer verschillende getallen gaf.

HOOFDSTUK V.

KARAKTERONDERZOEK.

Om te weten te komen, of er in het normale leven mensen voorkomen met een karakter, dat enige overeenkomst vertoont met dat van praecoxlijders, zodat de Dementia praecox als een pathologiese overdrijving van dit karakter beschouwd zou kunnen worden, op de wijze waarop melancholie als een overdrijving van het sentimentele, manie van het sanguiniese der typen van Heymans kan worden opgevat, zou het dienstig zijn van een of meer in het oog vallende eigenschappen van praecoxlijders uit te gaan en te onderzoeken, in hoeverre normale mensen, die deze eigenschappen meer dan gemiddeld vertonen, ook in andere opzichten met praecoxpatienten een zekere overeenkomst vertonen. Hiertoe is nodig te kunnen beschikken over een groot aantal karakterbeschrijvingen, zo scherp geformuleerd en zo overzichtelik, dat het al of niet sterk vertegenwoordigd zijn van een of andere eigenschap bij een bepaald persoon er met zekerheid uit afgeleid kan worden. Ik was zo gelukkig van Prof. Heymans de beschikking te erlangen over het materiaal van de bekende herediteitsenquête, door hem en Prof. Wiersma in 1905 gehouden, waarvan reeds vele resultaten in 1906 en volgende jaren gepubliceerd zijn [1]). Zoals men in die publicaties vinden kan, werden met deze enquête 90 vragen verzonden aan verschillende medici in ons land, betreffende een aantal psychiese eigenschappen. Deze medici werd verzocht dit stel vragen te beantwoorden voor enige personen uit hun praktijk met vermelding van leeftijd en sexe, doch zonder naam. Daar

---

[1]) Ztschr. f. Psychologie u. Physiologie der Sinnesorgane.

het oorspronkelik doel was de erfelikheid van psychiese eigenschappen te bestuderen, was de bedoeling, dat van een vader, een moeder en een of meer van hun kinderen — of ook van meer dergelijke famielies — zo'n vragenlijst ingevuld worden zou. Deze lijsten waren als volgt ingericht: in elke vraag was een alternatief gesteld tussen bepaalde eigenschappen met het verzoek de bij de bewuste persoon gevondene te onderstrepen. Wanneer niet duidelik een der beide — of meer — eigenschappen voorhanden was, moest geen van beide onderstreept worden. Zo luidde de eerste vraag: „Is de bedoelde persoon *bewegelik en druk* of *kalm en rustig*?" Door omschrijvingen in parenthesi waren de cursief gedrukte eigenschappen nog geïllustreerd.

Van de dus ingevulde lijsten werd na hun terugkomst op kleine, handig te gebruiken kaarten, waarop de eigenschappen slechts door een enkel woord aangeduid waren, afschrift gehouden en deze kaarten zijn nu verder voor allerlei onderzoekingen bruikbaar en worden daarvoor bewaard.

Zo kan men b.v. vaststellen of een zekere eigenschap meer of minder of evenveel voorkomt in vereniging met een andere, dan in het algemeen, of er dus een zekere neiging tot samengaan, tot elkaar uitsluiten, of volstrekt geen betrekking tussen die eigenschappen bestaat. Daartoe zoekt men uit het totaal-aantal van 2593 kaarten met persoonsbeschrijvingen alle personen met de eigenschap A en telt daarna uit, hoeveel maal deze laatste ook de eigenschap B vertonen, rekent dit om in percenten en vergelijkt dit percentage met dat waarin de eigenschap B in het gehele enquête materiaal (dus: 2593 personen) was vertegenwoordigd. Hierbij heeft men het voordeel, dat de percentages voor het gehele materiaal reeds van alle eigenschappen zijn berekend [1]).

Om nu te trachten onder de normalen karakters te vinden, die met Dementia praecox zekere overeenkomst vertonen, ben

---

[1]) l.c. Bd. 51. 1909.

ik uitgegaan van twee eigenschappen, die bij praecoxlijders wel in hoge mate vertegenwoordigd zijn. Ik heb nl. uit het gehele materiaal uitgezocht de personen van wie in vraag 35: Is de bedoelde persoon *conversabel, geneigd zich van het woord meester te maken* of *stil en in zich zelf gekeerd*, de laatste eigenschap onderstreept was en tevens in vraag 71: Is hij *gesteld op uitgaan, huiselik* of *éénzelvig*, eveneens de laatste eigenschap. Dit alles met terzijdestelling van hen bij wie andere of helemaal geen eigenschappen waren onderstreept. Was in vraag 71 naast eenzelvig ook huiselik onderstreept, wat somtijds voorkwam, dan heb ik die personen toch tot mijn materiaal gerekend. Ik verkreeg zo dus alle personen bijeen, die tegelijkertijd stil en in zich zelf gekeerd en eenzelvig waren en kon nu van hen nadere eigenschappen nagaan.

Hiertoe koos ik een aantal eigenschappen, waarvan òf klienies blijkt, dat zij bij praecoxlijders ook veelvuldig worden aangetroffen, òf in de litteratuur wordt opgegeven, dat zij bij praecox-achtige mensen vaker dan anders voorkomen. Hierbij had ik vooral 't oog op de publicaties van Kretschmer.

De volgende eigenschappen heb ik dan bij deze personen nagegaan:

Vraag 6: koppig.
„ 7: impulsief.
„ 10: koel (in het spreken).
„ 13: achterdochtig.
„ 15: kalm van stemming.
wisselend van stemming.
„ 24: dikwels bezig met grote plannen, waarvan toch niets komt.
„ 26: strijd tussen woorden en daden.
„ 34: niet geestig.
„ 40: slecht waarnemer.
„ 47: met zich zelf tevreden.
„ 49: geneigd zich op de achtergrond te houden.
„ 55: egoïst.

Vraag 60: gedwongen optreden; geaffecteerd optreden.
„ 61: gesloten.
„ 65: warm godsdienstig.
spotter met godsdienst.
„ 66: niet kindervriend.
„ 67: niet dierenvriend.
„ 75: geneigd veel over allerlei abstracties te peinzen (Grübler).
„ 77: aan neologismen doende (socialisme, nieuwe spelling, vegetarisme, geheelonthouding e.d.).
„ 83: distrait.

De meeste dezer eigenschappen komen — zoals duidelik is — bij praecoxlijders veel voor. Koppigheid kunnen wij met negativisme op een lijn stellen. Koelheid en kalmte van stemming zouden een aequivalent van de apathie kunnen vormen. Achterdocht is opgenomen, omdat deze in overdreven mate bij Dementia paranoïdes voorkomt, in zekere mate ook wel bij de andere vormen.

Wisselende stemming komt vooral bij Katatonie heel veel voor. Met het autisme in verband staan: slecht waarnemen, tevredenheid met zich zelf, egoïsme, geslotenheid, niet houden van kinderen en dieren, 't peinzen over allerlei abstracties (eigen phantasieën) en in zekere mate ook verstrooidheid (vraag 83), dit in de eerste plaats wijst op een lage bewustzijnsgraad, maar toch ook op een niet deelnemen in het leven der omgeving. Gedwongen en geaffecteerd optreden, neologismen komen met gemaniereerdheid overeen.

Enige eigenschappen zijn bovendien in het lijstje opgenomen om een vergelijking te kunnen maken met bepaalde eigenaardigheden, die in de puberteitsjaren sterk uitgesproken plegen te zijn. Marro, die over deze jaren van ontwikkeling veel studie heeft gemaakt, geeft als eigenschappen voor deze tijd kenmerkend op: dikwels wisselende stemming, het bezig zijn met allerlei grote plannen, waarvan later weinig komt, een zekere tevredenheid met zich zelf, vaak een neiging zich op de achtergrond te

houden, gedwongen en gemaniereerd optreden, 't bezig zijn met allerlei, veel te hoge en phantastiese problemen. Vele van deze eigenaardigheden hebben wij ook al als eigenschappen van praecoxlijders leren kennen, zodat een zekere overeenkomst tussen beide toestanden niet te miskennen schijnt. In elk geval is het wel de moeite waard er nog eens nader op in te gaan.

Eindelik zijn nog een paar eigenschappen aan de lijst toegevoegd om een vergelijking te kunnen maken met het schizoïede type van Kretschmer. Deze noemt behalve koelheid, kalmte van stemming, gedwongen en geaffecteerd optreden, gesloten-heid, die wij ook bij praecoxlijders als characteristica aantreffen, als biezonder eigenaardig voor zijn schizoïede type: het volstrekt niet geestig zijn en het vervallen van het ene uiterste in het andere. Om voor dit laatste, dat vooral gevoelszaken geldt een analogon in de enquête te vinden, heb ik op godsdienstig gebied de warm voelenden en de spotters beide bijeengezocht, in de verwachting, dat — zou het praecox-achtige karakter met het schizoïede van Kretschmer overeenkomen — beide eigenschappen sterker dan gemiddeld vertegenwoordigd zouden zijn.

Eindelik heb ik nog de beschikking verkregen over een 68-tal karakterberichten van praecoxlijders, waarin op dezelfde soort kaarten is opgetekend, hoe zij waren in de tijd voor het uitbreken van de psychose, hetgeen door katamnese opgenomen van de famielieleden werd vastgesteld. Wanneer er, door een vergelijking van hetzelfde lijstje van eigenschappen, een zekere overeenkomst met de stillen en eenzelvigen voor den dag komt, mogen wij met te meer recht deze laatsten als een praecoxachtig karakter beschouwen. Een al te grote waarde zullen wij echter aan deze karakterbeschrijvingen van latere praecoxlijders niet mogen hechten, want ten eerste is het materiaal niet groot genoeg om fouten met zekerheid te neutraliseren. In de tweede plaats echter — en dit is gewichtiger — is het bekend, dat famielieleden het vroegere karakter van tegenwoordige patienten meest anders voorstellen, dan het werkelik is, door nl. eigenschappen, die zij als min of meer abnormaal, of als ongunstig in morele of intellectuele zin beschouwen te ontkennen, of anders

voor te stellen. Hierdoor zullen de fouten allicht alle een neiging tot dezelfde richting hebben, waardoor wij mogen veronderstellen, dat het zo verkregen karakterbeeld van latere praecoxlijders iets dichter bij het gemiddelde normale zal staan dan met de werkelikheid overeenkomt.

Ik kwam dan tot de volgende resultaten:

Tabel XII. [1])

	Eigenschap.	Stil (35) eenzelvig (71) Aantal 110.	Later praecox. Aantal 68.	Alg. gem. Aantal 2593.
Vraag 6.	koppig	39 = 35.4 %	26 = 38.2 %	16.5 %
„ 7.	impulsief	27 = 24.5 %	38 = 55.9 %	38.5 %
„ 10.	koel	57 = 51.8 %	38 = 55.9 %	38.0 %
„ 13.	achterdochtig	46 = 41.8 %	30 = 44.1 %	21.0 %
„ 15.	wisselende stemming	31 = 28.2 %	15 = 22.0 %	32.8 %
	kalm	34 = 30.9 %	21 = 30.9 %	23.1 %
„ 24.	grote plannen	23 = 20.9 %	17 = 25.0 %	13.0 %
„ 26.	strijd	18 = 16.4 %	13 = 19.1 %	12.9 %
„ 34.	niet geestig	61 = 55.4 %	45 = 66.2 %	31.6 %
„ 40.	niet waarnemer	35 = 31.8 %	19 = 27.9 %	17.1 %
„ 47.	tevreden met zich zelf	27 = 24.5 %	—	33.0 %
„ 49.	op achtergrond	53 = 48.2 %	16 = 23.5 %	21.2 %
„ 55.	egoist	31 = 28.2 %	13 = 19.1 %	14.3 %
„ 60.	gedwongen	53 = 48.2 %	11 = 16.2 %	19.0 %
	geaffecteerd	6 = 5.4 %	7 = 10.3 %	7.6 %
„ 61.	gesloten	82 = 74.5 %	38 = 55.9 %	31.7 %
„ 65.	warm godsdienstig	18 = 16.4 %	14 = 20.6 %	21.7 %
	spotters	4 = 3.6 %	3 = 4.4 %	4.7 %
„ 66.	niet kindervriend	37 = 33.6 %	22 = 32.4 %	12.2 %
„ 67.	niet dierenvriend	39 = 35.4 %	23 = 33.8 %	22.0 %
„ 75.	abstracties	29 = 26.4 %	15 = 22.0 %	15.5 %
„ 77.	neologismen	23 = 20.9 %	3 = 4.4 %	3.2 %
„ 83.	distrait	68 = 61.9 %	29 = 42.6 %	22.2 %

[1]) Zie bijlage.

Zoals uit deze tabel blijkt zijn van de eigenschappen, die wij als min of meer karakteristiek voor Dementia praecox kunnen beschouwen, er 16 bij de stillen en éénzelvigen sterker en zelfs dikwels belangrijk sterker vertegenwoordigd dan bij de gemiddelde mensen. Dit zijn: koppigheid, koelheid, achterdocht, kalme stemming, neiging tot grote plannen, waarvan toch niets komt, strijd tussen woorden en daden, slecht waarnemingsvermogen, neiging zich op de achtergrond te houden, egoïsme, gedwongen optreden, geslotenheid, weinig liefde voor kinderen, voor dieren, het zich verdiepen in allerlei abstracties, neiging tot neologismen en verstrooidheid. Daar tegenover staan slechts 4 eigenschappen, die ik meende ook als veelvuldig bij Dementia praecox voorkomend te moeten opvatten, maar die bleken bij de stille en eenzelvige personen in mindere mate, dan gemiddeld aanwezig te zijn, nl.: impulsiviteit, wisselende stemming, tevredenheid met zich zelf en geaffecteerd optreden. Wat de impulsiviteit aangaat, dit is enigszins bevreemdend, daar deze eigenschap toch algemeen als karakteristiek voor Dementia praecox wordt aangegeven, zodat men in een karakter, dat overigens zoveel overeenkomst met deze psychose toont, ze wel sterk vertegenwoordigd zou verwachten. Van een sterk wisselende stemming kan men dit lang niet in die mate zeggen, daar dit verschijnsel eigenlik alleen bij Katatonie heel veel voorkomt en voor de andere vormen van Dementia praecox in 't geheel niet karakteristiek is. In het weinig voorkomen van tevredenheid met zichzelf behoeven wij m.i. helemaal geen contra-instantie te zien, want uit de omschrijving bij de oorspronkelike vraag bleek mij later, dat de bedoeling niet was te informeren naar een zekere zelfgenoegzaamheid — hetgeen als symptoom van autisme zou opgevat kunnen worden — maar meer naar een tevredenheid met, een bluffen op eigen praestaties, wat van autisme veel verder afstaat. Het kleinere getal voor geaffecteerd optreden daarentegen schijnt weer wel te wijzen op een gebrek aan overeenkomst tussen het karakter der stillen en eenzelvigen en dat der praecoxlijders. Zo heel veel behoeven wij ons echter — dunkt mij — van deze disharmonie niet aan te trekken, want als wij

een vergelijking maken met het gedwongen optreden, dat als iets overeenkomstigs beschouwd mag worden, dan zien wij, dat dit in veel sterkere mate dan gemiddeld bij de stillen en eenzelvigen voorkomt. En tellen wij beide percentages bij elkaar op, dan vinden wij, dat van de stillen en eenzelvigen in hun optreden gedwongen of geaffecteerd zijn: 53,6 %, bij alle onderzochten gemiddeld echter slechts 26,6 %.

Het schijnt dus voorlopig wel, dat wij in de stillen en eenzelvigen een karakter gevonden hebben, dat — behalve wat betreft impulsiviteit — enigermate overeenkomt met dat van Dementia praecox. Wanneer wij nu een vergelijking maken met het karakter van de personen, die later Dementia praecox gekregen hebben, dan zien wij het volgende: Alle 16 eigenschappen, die bij de stillen en eenzelvigen sterker dan gemiddeld waren vertegenwoordigd, zijn dat ook bij deze groep, behalve gedwongen optreden. Daarentegen komt het geaffecteerde optreden hier vrij belangrijk meer voor, zoals ook te verwachten zou zijn, benevens impulsiviteit. Van de genoemde 16 eigenschappen zijn er 5 hier nog sterker vertegenwoordigd, nl. koppigheid, koelheid, achterdocht, neiging tot grote plannen, waarvan toch later niets komt, en strijd tussen woorden en daden. 7 eigenschappen komen bij de latere praecoxlijders voor in een percentage, dat gelijk is aan dat der stillen en eenzelvigen, of dichter bij dit laatste staat dan bij het gemiddelde, te weten: kalme stemming, slecht waarnemingsvermogen, weinig liefde voor kinderen, voor dieren, geslotenheid, neiging tot abstracties en verstrooidheid. 4 eigenschappen eindelik zijn, hoewel sterker dan gemiddeld, toch belangrijk minder sterk bij de latere praecoxlijders, dan bij onze eerste groep vertegenwoordigd, nl. neiging zich op de achtergrond te houden, egoïsme, gedwongen optreden en neiging tot neologismen. Voor het egoïsme mogen wij, dunkt mij, zonder al te groot bezwaar de oorzaak zoeken in het feit, dat de famielie het vroegere karakter van de patienten meestal beter voorstelt, dan het in werkelikheid was. Wat de neiging tot neologismen betreft, moeten wij bedenken, dat bewegingen als vegetarisme, geheelonthouding, Kollewijnse

spelling, spiritisme, theosophie meer vat hebben op de meer beschaafde kringen der maatschappij dan op arbeiders. Daar de karakterberichten echter alle afkomstig zijn van patienten uit de derde klasse, dus uit de arbeiderskringen in hoofdzaak, kunnen wij het lage cijfer der neologismen, in tegenstelling met dat van de stillen en eenzelvigen, op rekening van dit feit zetten. Dat het nog hoger is dan het algemeen gemiddelde, 't geen verkregen is uit personen van alle rangen en standen, is nogal karakteristiek. Voor dit algemene gemiddelde was onder de neologismen ook opgenomen het socialisme, wat ongeveer 20 jaar geleden, toen de enquête werd opgesteld, ook rationeel was. De karakterberichten van latere praecoxlijders evenwel zijn in de laatste 4 of 5 jaren gemaakt, zodat het geen zin zou hebben nog het socialisme onder de neologismen te rekenen, wat dan ook niet gebeurd is.

Alles saamgenomen vinden wij in het karakter der stillen en eenzelvigen zoveel eigenschappen, die in sterke mate bij praecoxlijders voorkomen en tevens een zo grote overeenstemming tussen dit karakter en dat der latere praecoxlijders, dat het vermoeden wel gewettigd schijnt van een zekere verwantschap tusschen beide, zó dat wij in de Dementia praecox een pathologiese overdrijving van het karakter der stillen en eenzelvigen zouden kunnen zien.

Een tweede vraag, waarvan de oplossing interessant zou zijn, is die naar 't verband tussen puberteitseigenschappen en Dementia praecox. Van de eigenschappen, die Marro als karakteristiek vóór deze leeftijd (vgl. blz. 147) opgeeft, zijn er 4, die ook bij de stillen en eenzelvigen sterker vertegenwoordigd zijn, nl. het veel bezig zijn met grote, echter tot niets leidende plannen, neiging zich op de achtergrond te houden, gedwongen optreden en neiging tot distracties, wat analoog is aan die tot allerlei phantastiese en hooggrijpende problemen, waarover in dromerijen gedacht wordt. Daar tegenover staan 3, die bij stillen en eenzelvigen minder dan gemiddeld voorkomen, te weten: wisselende stemming, tevredenheid met zich zelf en geaffecteerd

optreden. Al mogen wij aan het laatste feit niet zo'n buitengewoon gewicht hechten, daar het gedwongen optreden met zijn groot percentage, het kleine van 't geaffecteerde optreden meer dan compenseert, toch kunnen wij uit deze cijfers niet tot een overeenkomst of verwantschap tussen puberteit en Dementia praecox of het karakter der stillen en eenzelvigen besluiten. Evenmin tot het omgekeerde, wij moeten de zaak voorlopig in het midden laten.

Eindelik hebben wij nog na te gaan, hoe het staat met de overeenkomst tussen Kretschmer's Schizoïeden en de stillen en eenzelvigen. Waar Kretschmer nergens in getallen de frequentie der eigenschappen van Schizoïeden noemt, is het moeilijk hierover een oordeel te vormen. Want eigenschappen als koelheid, kalme stemming, geslotenheid, gedwongen en geaffecteerd optreden, die ook alle bij de stillen en eenzelvigen in meerdere mate voorhanden zijn — behalve de laatste eigenschap — dan gemiddeld, zijn te zeer direct aan het beeld van Dementia praecox ontleend, dan dat men veel waarde zou mogen hechten aan de bewering van Kretschmer, dat zij bij de Schizoïeden in hoge mate zouden voorkomen. Voor contrôle zijn slechts eigenschappen geschikt, die niet direct uit het beeld der psychose afgeleid kunnen worden, maar die Kretschmer toch opgeeft als karakteristiek voor Schizoïeden. Het is echter moeilik om zodanige eigenschappen te vinden, die tevens in het enquête-materiaal onderzocht zijn. De meeste, die Kretschmer noemt, zijn veel te vaag: ondoorgrondelikheid, het hebben van een buitenkant, voor ieder zichtbaar en een verborgen kern, niet in harmonie leven met de omgeving en met zich zelf, enz. (Vergelijk Hoofdstuk I). Toch heb ik twee eigenschappen gevonden, welke met succes voor contrôle dienst kunnen doen, nl. 1^0 het ontbreken van zin voor humor: de schizoïeden zijn niet geestig. Niet geestig zijn ook 55,4 % van de stillen en eenzelvigen en 66,2 % der latere praecoxlijders; daarentegen slechts 31,6 % van het gehele materiaal. Dit schijnt dus op overeenkomst tussen de uitkomsten van Kretschmer en mij te wijzen. 2^0 echter noemt Kretschmer als een typiese eigenaardigheid van Schizoïeden, dat zij mensen

van uitersten zijn, d.w.z. òf fel in de ene, òf fel in de andere richting denken en voelen, met voorbijzien van alle tegenargumenten. Sommigen volharden steeds bij één standpunt, anderen slaan van het ene uiterste in het andere over. Dit geldt voor allerlei gebieden: politiek, moraal, met name noemt Kretschmer ook godsdienst. Daarom heb in het enquête-materiaal de cijfers gezocht voor warm godsdienstig en voor spotters, welke dan bij de stillen en eenzelvigen beide hoger zouden moeten zijn dan gemiddeld. Het bleek echter, dat van de stillen en eenzelvigen warm godsdienstig waren: 16,4 %, spotters 3,6 %; van de latere praecoxlijders warm godsdienstig: 20,6 %, spotters: 4,4 %; algemeen gemiddelde respectievelik: 21,7 % en 4,7 %. In plaats van bij de latere praecoxlijders of de stillen en eenzelvigen vinden wij dus de grootste cijfers voor de beide uitersten bij het algemeen gemiddelde. Deze uitkomst wettigt dus een sterke twijfel aan de overeenkomst tussen het karakter der stillen en eenzelvigen en dat der Schizoïeden van Kretschmer, welk laatste ook nog veel te weinig gefundeerd is.

Nu wij met zeker recht in de stillen en eenzelvigen een praecoxachtig karakter kunnen vermoeden, is het wel interessant om na te gaan, hoe de verschillende karaktertypen van Heymans onder hen verdeeld zijn. Gelijk bekend zijn deze geconstrueerd met de eigenschappen: activiteit of niet-activiteit, emotionaliteit of niet-emotionaliteit en secundaire functie of primaire functie als grondeigenschappen. Actief en emotioneel zijn de gepassioneerden, die secundair, de cholerici, die primair zijn, actief en niet-emotioneel de secundaire phlegmatici en de primaire sanguinici. Niet-actief en emotioneel zijn de secundaire sentimentelen en de primaire nerveuzen, niet-actief en niet-emotioneel eindelik de apathici, die secundair en de amorphen die primair zijn.

Onderstaande tabel geeft de verdeling dezer typen aan over de stillen en eenzelvigen met als vergelijking het algemeen gemiddelde percentage:

Tabel XIII.

Grondeigenschappen.			Karaktertype.	Percentage.	
				Stil en eenzelvig.	Alg. gem.
actief	emotioneel	secundair	- gepassioneerd	16.4	23.0
		primair	- choleries	4.5	9.9
	niet emotioneel	secundair	- phlegmaties	22.7	17.0
		primair	- sanguinies	4.5	3.3
niet actief	emotioneel	secundair	- sentimenteel	8.2	4.3
		primair	- nerveus	2.7	6.7
	niet emotioneel	secundair	- apathies	10.9	3.2
		primair	- amorph	10.0	3.4
niet in te delen				20.0	28.0

Hier valt in de eerste plaats op het vrij belangrijk kleiner zijn van het aantal personen, dat niet is in te delen, zodat de groep der stillen en eenzelvigen over 't algemeen minder dicht bij het gemiddelde schijnt te staan. Voorts valt op een voorkeur voor de niet actieve, niet emotionele, secundaire groepen, want alle groepen met tenminste 2 dezer eigenschappen vertonen een groter percentage dan gemiddeld: phlegmatici, sentimentelen, apathici en amorphen, terwijl van de andere groepen alleen de sanguinici een — zeer weinig — hoger percentage dan gemiddeld hebben. Hiermee in overeenstemming is, dat de apathici de grootste relatieve vermeerdering ten opzichte van het gemiddelde verkregen hebben. Echter past hierbij helemaal niet, dat niet de cholerici, maar de nerveuzen de grootste relatieve vermindering ondergaan hebben. Evenmin de cijfers van de sanguinici en van de gepassioneerden, die op meer dan $^2/_3$ van het algemeen gemiddelde zijn blijven staan. Dat juist de niet-actieven voor Dementia praecox voorbeschikt zijn, zoals Berze beweert (Vgl. Hoofdstuk II), vindt een tegenspraak

in de betrekkelik hoge cijfers van gepassioneerden, phlegmatici en sanguinici, dat het de niet emotionelen zouden zijn, in de relatief grote percentages van sentimentelen en gepassioneerden.

Wanneer wij ons nu afvragen of wij in het karakter der stillen en eenzelvigen ook iets kunnen terugvinden van een geringe Emotie-energie, dan valt het op, dat juist de eigenschappen, die onmiddellik voort te vloeien schijnen uit een zekere mate van autisme: koppigheid, achterdocht, egoïsme, geslotenheid, een percentage vertonen, dat ongeveer of meer dan twee maal zo hoog is als het gemiddelde. Dit zien wij verder nog bij gedwongen optreden, weinig liefde voor kinderen, neologismen en verstrooidheid, waarbij een verband met autisme ook — hoewel niet zo direct opvallend — niet te lochenen is. En het autisme heb ik juist uit een gebrek aan Emotie-energie direct menen te kunnen verklaren. Voor de andere eigenschap, waarvan ik dit beproefd heb: apathie, zijn de cijfers niet zo sprekend. Wel zijn de percentages der eigenschappen, die onmiddellik op apathie wijzen: koelheid, kalmte van stemmingen, misschien ook gebrek aan geestigheid, alle vrij aanzienlik verhoogd, maar zij bereiken toch geen van alle het dubbele van 't gemiddelde.

Daar wij met normale mensen te doen hebben, is het niet meer dan natuurlik, dat de cijfers geen aanleiding geven om van een verminderde Emotie-energie te spreken. Dat de Emotie-energie der onderscheiden bewustzijnsinhouden echter lager is dan bij de meeste anderen, daarvoor schijnen de cijfers wel enige grond te geven. Daalt deze nog meer, dan zou dus het normale karaktertype der stillen en eenzelvigen langzamerhand in dat van praecoxlijders overgaan.

HOOFDSTUK VI.

BESLUIT.

Het op de voorgaande bladzijden gezegde meen ik in de volgende conclusies te kunnen samenvatten:

1. Een bevredigende oplossing van de vraag naar de grondsymptomen van Dementia praecox is tot nu toe niet gegeven.

2. Een vermindering der Emotie-energie van de onderscheidene bewustzijnsinhouden, bij behouden emotionaliteit, kan met vrij grote waarschijnlikheid voor het grondsymptoom van Dementia praecox gehouden worden.

Hiervoor pleiten:

a. Nagenoeg alle psychiese symptomen der psychose kunnen op bevredigende wijze uit deze afwijking verklaard worden.

b. Proefondervindelik is de aanwezigheid van deze afwijking bij zieken in zeer verschillende stadia waarschijnlik gemaakt.

3. Het karakter der stillen en eenzelvigen vertoont een zo grote gelijkenis met dat van praecoxlijders, dat Dementia praecox wel met enig recht als een pathologiese overdrijving van dit karakter beschouwd mag worden.

Met de eigenschappen der puberteit vertonen die van dit karakter wel enige overeenkomst, echter niet voldoende om met zekerheid te kunnen zeggen, of deze op een werkelike verwantschap berust.

Het schizoïede karakter van Kretschmer bevat — naast veel overeenkomstigs — hoogstwaarschijnlik nog andere, totaal

vreemde elementen. Het is overigens te weinig gefundeerd om er een definitief oordeel over te vormen.

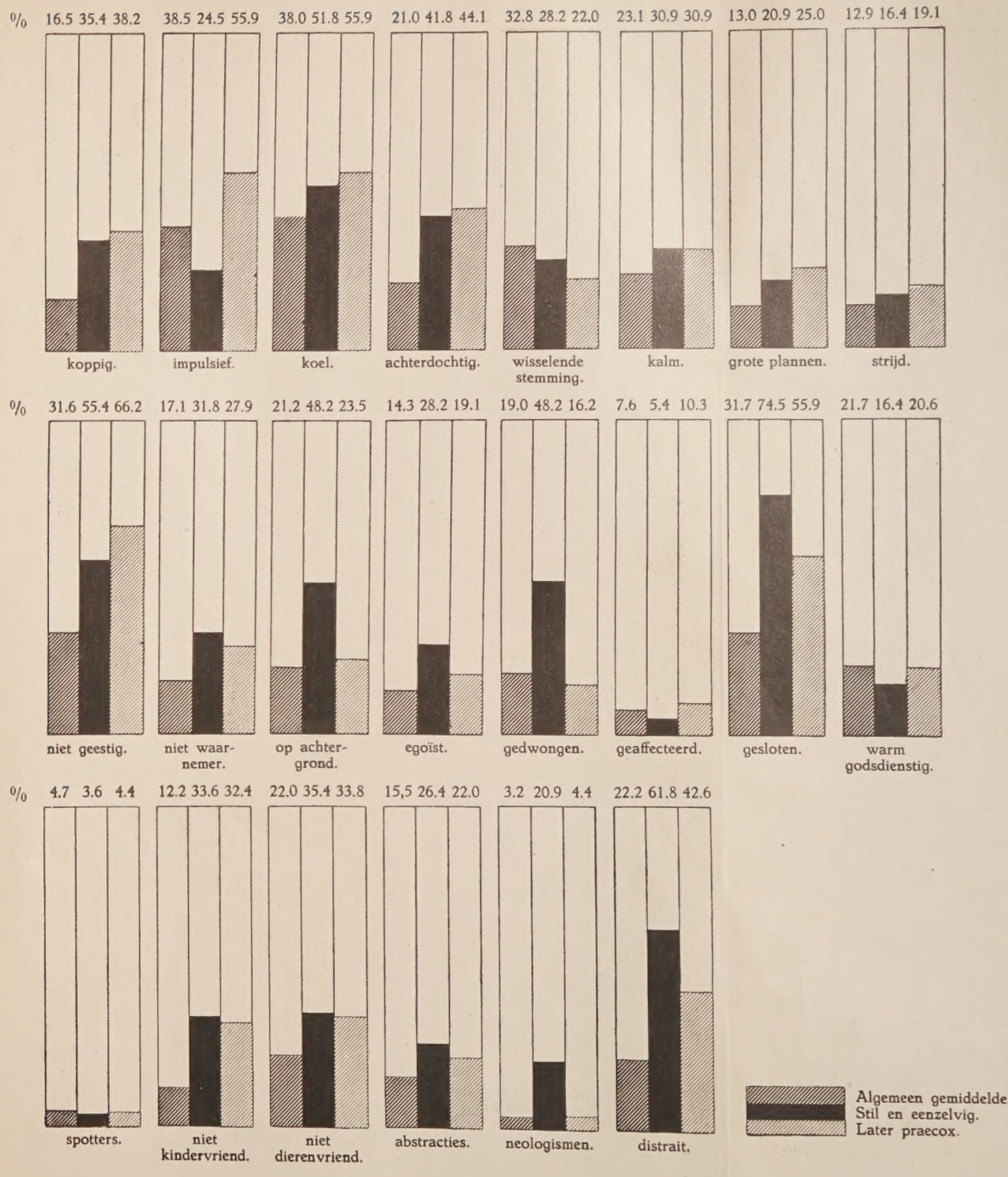
Er blijft evenwel nog veel te vragen over. Zo is het in de eerste plaats gewenst het onderzoek naar een verminderde Emotie-energie uit te breiden op een groter aantal patienten en vooral ook met andersoortige experimenten, om de uitkomsten onderling te kunnen vergelijken en zo tot zekerder resultaten te komen. Ik heb daarmee al een begin gemaakt door het inrichten van associatieproeven, waarbij de proefpersoon, zoals dat reeds algemeen gebruikelik is, het eerste woord noemen moest, dat hem op een bepaald prikkelwoord inviel, maar waarbij tussen onverschillige, emotionele prikkelwoorden ingelast waren. De moeilikheden om echter goede prikkelwoorden te vinden, die voor iedereen ongeveer even emotioneel geacht kunnen worden en die dus onderlinge vergelijking der uitkomsten bij verschillende personen mogelik maken, heb ik tot nu toe niet overwonnen, zodat ik hiervan nog geen resultaten kan meedelen.

In de tweede plaats dringt zich de vraag op, uit welke elementen de Emotie-energie bestaat. Een der elementen is zonder twijfel de hevigheid der aandoening, maar juist die heb ik gemeend, dat bij Dementia praecox niet verminderd is. Als van zelf worden wij er dan toe gebracht te denken aan de beide factoren van alle energie: Intensiteit en Extensiteit, waarvan de eerste in de warmteleer door de temperatuur, de laatste door de soortelike warmte (bij gelijke massa) bepaald is, in de leer der electriciteit respectievelik door potentiaal en capaciteit. Zo zou dan hier de Intensiteit door de graad der emotie, de hevigheid der aandoening bepaald kunnen zijn. Deze is niet verminderd, dus moet de vermindering der Emotie-energie worden gezocht in een kleinere Extensiteit. Hoe wij die echter moeten definiëren, is een probleem, waarvoor ik nog geen oplossing ook maar durf te onderstellen. Bij gebrek aan betrouwbare experimentele methoden juist op het gebied der

aandoeningen en aan een stelsel van eenheden in de psychologie, gelijk wij in de physica in het c.g.s.-systeem bezitten, schijnt mij dit vraagstuk, dat overigens meer ligt op het gebied der Algemene Psychologie dan in het bestek van dit proefschrift, voorlopig nog buitengewoon moeilik.

Eindelik moet het enquête-onderzoek nog voortgezet worden, o.a. door de relatieve frequentie niet alleen van de reeds nagegane, maar van alle eigenschappen der 90 vragen op te sporen.

Tot slot meen ik mijn resultaten wel zo te kunnen formuleren: Het zoeken naar verminderde Emotie-energie, evenals het karakteronderzoek der stillen en eenzelvigen, vormen nieuwe wegen, die misschien tot een juist inzicht in de Psychologie van Dementia praecox kunnen leiden, en die beide bij voorlopige betreding veel goeds beloven. Maar waar reeds zoveel onderzoekers teleurgesteld werden en waar mijn resultaten nog zo heel ver van definitief zijn, daar past het mij de juistheid van mijn motto steeds voor ogen te houden: nog altijd *βλέπομεν γὰρ ἄρτι δὶ ἐσόπτρου ἐν αἰνίγματι.*


%
16.5 35.4 38.2
38.5 24.5 55.9
38.0 51.8 55.9
21.0 41.8 44.1
32.8 28.2 22.0
23.1 30.9 30.9
13.0 20.9 25.0
12.9 16.4 19.1
koppig.
impulsief.
koel.
achterdochtig.
wisselende stemming.
kalm.
grote plannen.
strijd.
%
31.6 55.4 66.2
17.1 31.8 27.9
21.2 48.2 23.5
14.3 28.2 19.1
19.0 48.2 16.2
7.6 5.4 10.3
31.7 74.5 55.9
21.7 16.4 20.6
niet geestig.
niet waarnemer.
op achtergrond.
egoïst.
gedwongen.
geaffecteerd.
gesloten.
warm godsdienstig.
%
4.7 3.6 4.4
12.2 33.6 32.4
22.0 35.4 33.8
15,5 26.4 22.0
3.2 20.9 4.4
22.2 61.8 42.6
spotters.
niet kindervriend.
niet dierenvriend.
abstracties.
neologismen.
distrait.
Algemeen gemiddelde
Stil en eenzelvig.
Later praecox.